BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Imprimerie de HENNUYER et Ce, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

Par le Docteur DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTE-CINQUIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1848

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'OEIL GÉNÉRAL SUR L'HYDROTHÉRAPIE ; DÉTERMINATION DES CAS AUXQUELS, D'APRÈS L'OBSERVATION, ELLE EST UTILEMENT APPLICABLE, ET APPRÉCIATION DE SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

C'est assurément, aujourd'hui, un des sujets de thérapeutique les plus intéressants que l'hydrothérapie. Malheureusement, rien n'est plus difficile que son étude dans l'état actuel des choses. Les malades ne sont, en effet, traités que dans des établissements particuliers, qui ne peuvent pas être visités librement comme les hôpitaux, et qui, d'ailleurs, sont à des distances trop considérables pour être à la portée des observateurs. Il faut donc, de toute nécessité, que nous nous contentions des récits faits par les médecins directeurs des établissements ou par des médecins visiteurs qui n'ont souvent fait que passer auprès des malades. Ce n'est pas que je prétende qu'on ne puisse tirer de ces sources des documents importants ; on verra, au contraire, dans le cours de cet article, combien de renseignements précieux j'ai trouvés dans quelques-uns des ouvrages qui ont été publiés en France. Mais on ne saurait douter que si nous avions, dans tous nos hôpitaux, les moyens d'observer chaque jour les effets de l'hydrothérapie, et si nous pouvions prendre les observations des différents cas traités par ce moyen, en aussi grand nombre, et aussi bien que nous pouvons le faire pour d'autres maladies, beaucoup de questions qui se rattachent à ce point intéressant de thérapeutique, et qui sont encore très-obscures, ne fus-

sont promptement élucidées. Malheureusement, dans nos hôpitaux, les choses ne sont pas convenablement disposées pour qu'on puisse appliquer le traitement d'une manière un peu concluante. L'hôpital Saint-Louis est le plus propre à cette expérimentation ; aussi quelques essais connus de nos lecteurs y ont-ils été faits, et nous sommes bien loin d'en diminuer l'importance ; mais ces essais n'ont pas été continués, et ils n'ont guère porté que sur des affections spéciales.

Tels sont les obstacles qui s'opposent à une juste appréciation d'un traitement dont nous ne pouvons néanmoins méconnaître l'énergie, et dont chaque praticien aurait tant d'intérêt à connaître l'efficacité réelle. Nous ne pouvons pas, cependant, nous contenter de déplorer cet état de choses ; chaque jour nous pouvons être appelés à nous prononcer sur l'opportunité du traitement hydrothérapique dans tel ou tel cas donné ; nous devons, par conséquent, chercher à nous entourer de toutes les lumières possibles ; c'est ce qui m'a fait penser qu'une appréciation générale de l'hydrothérapie, à l'aide des principaux éléments que nous possédons, ne serait pas sans utilité.

Les divers procédés à l'aide desquels on administre l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur ; la manière de produire la *sudation*, le régime imposé aux malades qui suivent ce traitement, ont été exposés dans ce journal ; ils sont bien connus de nos lecteurs, je ne dois donc pas m'en occuper ici. Seulement, je ferai remarquer que s'il nous était permis d'expérimenter ce traitement, nous chercherions à savoir quelle est la part de chacun de ces éléments. Que peut d'abord le régime seul? Quelle influence faut-il attribuer à la sudation? Que doit-il revenir à l'administration des bains, des affusions, des douches, de l'ingestion de l'eau froide? Telles sont les questions que, selon nous, devraient d'abord se poser les observateurs. Et ce n'est pas tout : il faudrait encore essayer ces moyens deux à deux, sudation et régime, régime et eau froide, sudation et eau froide, avant d'arriver à les employer tous ensemble. N'est-il pas, en effet, permis de penser qu'en appliquant indistinctement tous ces moyens à tous les malades, comme on le fait dans bon nombre d'établissements, on les entoure d'un luxe inutile, luxe qui est toujours fort gênant quand il s'agit de médication? En veut-on une preuve? Qu'on suppose que les malades traités, pour des fièvres intermittentes rebelles, par M. Fleury, dont je citerai plus loin l'intéressant travail, aient eu la mauvaise chance d'aller à Graefenberg, dans l'établissement de Priestnitz ; on n'aurait pas manqué de les soumettre à la sudation, aux bains d'immersion, à l'enveloppement, à la douche, au régime ; et cependant M. Fleury a obtenu une guérison aussi complète que rapide par la douche seule ! Tout le reste était donc inu-

tile. Mais comment le savoir si on ne divise pas, dans l'expérimentation, le traitement en ses divers éléments? Si donc, dans le cours de cet examen, il ne m'est presque jamais possible de déterminer, d'une manière bien précise, l'efficacité de telle ou telle partie du traitement composé, ce n'est pas à moi qu'il faudra s'en prendre, mais bien aux médecins qui ont eu les malades sous leur direction.

Je ne m'arrêterai pas davantage aux considérations physiologiques auxquelles peut donner lieu l'hydrothérapie et dont se sont beaucoup occupés les auteurs qui ont écrit sur elle. Sans doute, les considérations de ce genre ont un intérêt réel; mais au point de vue où nous nous plaçons, ce qui nous importe avant tout, c'est de voir dans quelles circonstances l'hydrothérapie a été utile; c'est de déterminer les cas où son action a été évidente, ceux où elle a été incertaine, ceux enfin où elle n'a eu aucune utilité. La première chose à établir, c'est que le traitement a réussi; quant à l'action physiologique par laquelle il a réussi, c'est ce qu'il sera toujours temps de rechercher après.

A en croire la plupart des médecins qui ont traité les malades par l'hydrothérapie, tant de recherches seraient complétement inutiles. Pour eux, un seul mot suffit: l'hydrothérapie guérit toutes les maladies; il n'y a plus qu'à l'appliquer, et à en modifier l'application suivant les cas. Reconnaissons que les médecins consciencieux et instruits, et entre autres les médecins français, tels que MM. Scoutetten, Schedel, Robert-Latour, sont loin d'être tombés dans cette exagération ridicule. Ils ont reconnu que l'hydrothérapie pouvait être non-seulement inutile, mais encore nuisible, et chacun d'eux a cité de nombreuses observations, dans lesquelles les divers effets de cette méthode de traitement sont exposés toujours avec bonne foi.

Voyons d'abord ce que leurs recherches nous apprennent relativement aux maladies aiguës. On sait que, dans le traitement des maladies aiguës, Priestnitz se montre beaucoup plus hardi que Currie, qui, parmi nos devanciers, se distinguait par sa grande confiance dans l'administration de l'eau froide. A Graefenberg, toutes les maladies aiguës, quelles qu'elles soient, sont traitées par l'enveloppement, les affusions, etc. Les succès sont-ils donc si brillants que cette méthode doive être ainsi mise en usage sans exception? Voyons les faits.

M. Scoutetten (Paris, 1843) a rassemblé quelques observations de fièvre typhoïde; M. Schedel en a rapporté quelques autres, et nous trouvons que les malades dont ils parlent ont guéri. Cela suffit-il? Est-ce que la fièvre typhoïde, non soignée par l'hydrothérapie, est nécessairement mortelle? Le nombre des guérisons n'est-il pas, au contraire, toujours supérieur à celui des morts? Citer, par conséquent,

quelques cas de guérison, c'est comme si on ne citait rien. Il faudrait qu'on nous donnât le résultat du traitement hydrothérapique sur un grand nombre de malades pris sans choix. Et en veut-on une preuve? Dans une communication faite à M. Scoutetten par M. Champouillon, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, nous voyons que, sur 38 malades traités hydrothérapiquement, 13 sont morts, ou un peu plus d'un tiers. Est-ce là un beau résultat? Je sais bien que les auteurs ont constaté l'abaissement du pouls, un état de bien-être, le calme après les applications froides, et que ces effets sont remarquables; mais si le résultat définitif est le même, ces applications ne peuvent être regardées que comme des moyens d'une faible utilité, moyens qui, toutefois, ne doivent pas être négligés; car le soulagement des malades, ne fût-il que passager, doit toujours préoccuper le médecin. Je n'ai employé les lotions froides qu'un très-petit nombre de fois dans la fièvre typhoïde. J'ai vu, en effet, généralement les symptômes s'amender un peu, immédiatement après les lotions; mais je n'ai jamais vu que ce moyen s'opposât aux progrès de la maladie. Qu'on parcoure d'ailleurs les observations d'une certaine valeur, et surtout celles de MM. Scoutetten, Schedel et Lubanski, et l'on s'assurera qu'après les avoir lues, il est absolument impossible d'affirmer que l'hydrothérapie ait eu une action favorable sur l'issue de la maladie.

Que si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'action de ce traitement dans les affections aiguës de la poitrine, nous voyons, outre le défaut des preuves convaincantes que je viens de signaler, relativement à la fièvre typhoïde, une assez grande dissidence dans les opinions. M. Schedel nous apprend que, dans une réunion de médecins hydropathes, qui eut lieu, en 1843, à Marienberg, il fut décidé que toutes les affections aiguës de poitrine pouvaient être traitées par l'hydrothérapie, à l'exclusion de toute autre méthode. Mais les uns voulaient qu'on eût préalablement et concurremment recours aux saignées, tandis que les autres prétendaient que les émissions sanguines ne sont pas nécessaires. En outre, tandis que les uns avançaient que les applications froides devaient consister dans l'enveloppement, d'autres soutenaient qu'il fallait opérer une dérivation par les bains de siége; d'autres préféraient les ablutions, etc., etc.

Mais, avant de rechercher quel est le meilleur mode de traitement, il aurait fallu établir sur des bases bien solides cette opinion, que les maladies aiguës de poitrine sont heureusemens traitées par l'eau froide. Or, que voyons-nous à ce sujet? M. Scoutetten ne cite qu'un cas de *pneumonie* traité par Priestnitz, et, dans ce cas, le diagnostic est très-douteux. M. Schedel en rapporte deux; mais c'est pour faire voir com-

bien le diagnostic est peu solidement établi, et combien les observations sont incomplètes. Ce que nous voyons, d'ailleurs, dans ces faits n'est pas propre à nous faire regarder l'hydrothérapie comme ayant une très-grande efficacité dans les maladies aiguës de poitrine ; car le traitement a eu une assez grande durée, et les symptômes n'ont cédé qu'après une assez longue résistance. Quant à M. Lubanski, il ne cite pas un seul cas d'affection aiguë de poitrine. Que nous reste-t-il après cela ? Des affirmations. Dans un grand nombre d'écrits, comme dans celui de M. Engel, par exemple, on se contente d'annoncer que l'hydrothérapie est souveraine dans le traitement de ces maladies, et tout au plus se croit-on obligé de donner quelques extraits d'observations écourtées, qui ne peuvent être d'aucune utilité.

En résumé, je crois qu'après avoir parcouru ce qui a été écrit sur ce sujet, on peut affirmer que, dans l'état actuel de la science, l'hydrothérapie ne saurait, en aucune manière, être conseillée dans les affections aiguës de poitrine. Ce que j'ai dit, en effet, de la pneumonie, s'applique également à la pleurésie et à la bronchite aiguë intense. Je crois même que cette proposition de M. Schedel, que l'hydrothérapie trouve son application au début de ces affections, est très-contestable. Beaucoup de praticiens craindraient sans doute d'exposer les malades à de grands dangers pour obtenir une sédation passagère, et on ne peut pas dire qu'ils auraient tort. Peut-être, de toutes les affections aiguës de poitrine, la pleurésie est-elle celle qui offrirait le plus de chances au traitement hydrothérapique, à cause de la diaphorèse et de la diurèse si énergiquement produites ; mais, tant que l'expérience ne se sera pas mieux prononcée, ce ne seront là que des probabilités.

Les mêmes réflexions s'appliquent entièrement aux autres affections aiguës, sauf le rhumatisme articulaire et les fièvres éruptives. Mais, relativement à ces dernières maladies, l'étude de l'hydrothérapie nous offre des considérations de la plus haute importance, et qui auront, sans aucun doute, tout l'attrait de la nouveauté pour les médecins imbus des anciennes doctrines.

L'emploi de l'eau froide à l'extérieur, dans les fièvres éruptives, et notamment dans la scarlatine, n'est pas, comme chacun sait, une invention de l'hydrothérapie proprement dite, ou plutôt de l'hydrosudopathie, telle que nous la connaissons depuis quelques années. On connaît les faits cités par Currie, qui avait une très-grande confiance dans les affusions froides, et on sait que l'exemple du médecin anglais a été fréquemment suivi en Angleterre et en Allemagne. Nous pouvons donc avoir sur ce point des renseignements assez précis, car nous pouvons juger de l'action des applications d'eau froide, indépendamment

de la sudation. J'ai, dans le Guide du médecin praticien (t. X), cherché à apprécier ce traitement, et je ne saurais, par conséquent, mieux faire que de répéter ici ce que j'ai dit à ce sujet : « Si maintenant, ai-je dit, nous voulons porter un jugement définitif sur la médication par l'eau froide, nous nous trouvons embarrassés, comme dans presque toutes les questions thérapeutiques, par le défaut de détails suffisants. Il faudrait, en effet, une analyse très-rigoureuse d'un grand nombre de faits pour nous faire connaître le degré d'efficacité réel de cette médication, et c'est ce que nous n'avons pas, parce que la nécessité des recherches de cette nature n'est pas encore parfaitement reconnue. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que : 1° les affusions, les lotions d'eau froide, n'ont pas le danger que des idées théoriques leur avaient attribué ; 2° que leur effet immédiat est de calmer les malades, et de leur donner une sensation de fraîcheur agréable ; 3° que, quant au résultat définitif, c'est-à-dire à l'issue et à la durée de la maladie, il faut de nouvelles recherches, dans lesquelles on tienne compte de la gravité des symptômes, de l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de l'âge des malades, de l'état sporadique ou épidémique de l'affection, etc., etc. ; en un mot, une statistique bien complète pour fixer notre opinion sur ce point.

« Les partisans outrés de la médication par l'eau froide l'emploient dans tous les cas de scarlatine : c'est un excès. Je pense qu'il convient de réserver cette médication pour les cas où la chaleur est très-élevée, la fièvre violente et l'agitation considérable. »

Ces faits ne sont pas encore suffisamment connus d'un bon nombre de médecins français, et c'est ce qui m'a fait insister sur ce point. Dans nombre de cas encore, ne s'obstine-t-on pas à employer les sudorifiques énergiques, à accabler les malades de couvertures, à donner des boissons brûlantes pour faire sortir une éruption qui, le plus souvent, ne sort que trop bien? Le peu de succès d'une semblable méthode devrait bien encourager à adopter la méthode contraire. Il ne faut pas toutefois que les médecins se dissimulent les difficultés qu'ils auront à surmonter. Nos devanciers avaient des croyances qui sont devenues des préjugés dans le vulgaire. Aussi, tout en encourageant le praticien à recourir, dans les cas graves, aux ablutions froides, devons-nous les engager à s'entourer de toutes les précautions que pourra dicter la prudence la plus grande.

On voit combien j'avais raison de dire en commençant que le traitement hydrothérapique est complexe, et qu'il faut le décomposer dans l'application, pour savoir quelle est sa partie efficace dans des cas donnés. Il est évident, en effet, que dans ceux qui viennent d'être indiqués, les affusions, les lotions froides, ou, si l'on veut, les envelop-

pements dans le drap mouillé sont suffisants. Et un bon nombre de médecins hydropathes l'ont bien senti, car on les voit, pour la plupart, se borner à l'application extérieure de l'eau froide. Mais tous n'agissent pas ainsi, et quelques-uns y joignent la sudation à l'aide de divers procédés. C'est évidemment là une superfétation qui pourrait bien n'être pas sans danger, et dont s'abstiendra tout médecin prudent.

Ces remarques s'appliquent au traitement de la rougeole. Quant à la variole, elle est également traitée par les applications froides dans plusieurs établissements de l'Allemagne ; mais les médecins prudents, qui nous ont appris ce qu'ils ont vu, n'approuvent pas ce moyen, qui ne trouvera guère de partisans en France.

Quant au rhumatisme articulaire aigu, les faits cités par les auteurs ne sont nullement de nature à inspirer une grande confiance dans l'emploi de l'hydrothérapie. A voir l'empressement avec lequel les prôneurs des divers traitements mis en usage contre cette affection rapportent les cas de guérison, il semble vraiment que le rhumatisme articulaire aigu menace fréquemment l'existence, et qu'on est très-heureux quand on a échappé sain et sauf à ses accidents. Comment peut-on oublier que cette affection n'est, au contraire, presque jamais mortelle, et que des guérisons, fussent-elles beaucoup plus nombreuses que celles que citent les hydropathes, ne peuvent absolument rien prouver? Quand on veut juger quels sont les effets réels du traitement dans une maladie de cette espèce, il faut nécessairement avoir égard à la durée des douleurs, à l'intensité des phénomènes généraux, à la durée totale de la maladie, car c'est là le seul moyen de savoir au juste à quoi s'en tenir. Or, je le demande, comment avoir, sous ce point de vue, la moindre confiance dans quelques faits isolés? Ne savons-nous pas que dans la marche ordinaire du rhumatisme, il y a des variations souvent très-grandes ; et comment, dès lors, pourrions-nous faire la part des coïncidences, si l'analyse d'un grand nombre de faits ne vient pas nous mettre à l'abri de l'erreur?

Je ne pousse pas plus loin cet examen de l'hydrothérapie, relativement aux maladies aiguës. Il résulte de tout ce qui a été dit plus haut, que rien n'est moins certain que l'action favorable de cette médication dans la plupart de ces affections, et que les faits connus, et dans lesquels on peut avoir confiance, sont de nature à nous faire pencher bien plutôt pour sa proscription que pour son adoption dans tous les cas de maladies aiguës, sauf les fièvres éruptives d'une grande gravité. Qu'on produise des faits plus concluants que ceux qui ont été publiés, et nous sommes tout prêts à modifier ces conclusions ; mais jusque-là nous devons les maintenir.

Dans un second article, qui paraîtra dans le numéro prochain, je chercherai à apprécier la valeur du traitement hydrothérapique appliqué aux maladies chroniques et aux fièvres intermittentes rebelles, et je dois dire d'avance que nous arriverons à des conclusions beaucoup plus favorables à cette méthode de traitement. Nous aurons, en effet, à signaler des cas où son efficacité et sa puissance sont incontestables, et ces cas méritent d'être bien connus des praticiens. VALLEIX.

DE LA PNEUMONIE BILIEUSE ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. MARTIN-SOLON, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Il y a peu de maladies dont le traitement soit aussi bien tracé et présente moins de discussion que celui de la pneumonie aiguë franche. Mais aussi à combien de controverses se trouve encore soumise la médication que l'on doit employer contre la pneumonie bilieuse! Les uns nient la forme morbide, les autres lui contestent l'utilité et surtout la nécessité d'un traitement spécial. L'observation impartiale des faits démontre cependant à ceux qui veulent bien voir, que la symptomatologie diffère dans ces deux circonstances, et qu'il est tout aussi contraire à la raison et à la justice de rejeter l'existence des épidémies de pneumonie ou de pleurésie bilieuses que nos devanciers ont décrites, que de se refuser à reconnaître les cas sporadiques qui s'offrent de temps en temps à notre observation. Ces pneumonies sont aussi remarquables par leur symptomatologie que par les conséquences qui suivent l'application de la médication évacuante. Admettez une disposition spéciale de constitution médicale, et de sporadiques qu'ils sont, ces cas deviendraient épidémiques.

L'une des circonstances qui ont le plus contribué à empêcher de reconnaître les pleuropneumonies bilieuses, c'est la coexistence de pneumonies aiguës avec une phlegmasie du foie ou des canaux biliaires. Dans ces cas, il y a bien quelques symptômes bilieux, jaunisse, urines bilieuses, etc.; mais ils dépendent du trouble fonctionnel produit par la phlegmasie commune au foie et aux poumons; ils cèdent et doivent céder au traitement purement antiphlogistique. Que ce soit le lobe inférieur du poumon droit et que par contiguïté le foie soit malade, ou bien que le poumon gauche étant affecté, l'influence qui l'a rendu malade ait fait en même temps développer une hépatite, dans tous ces cas il s'agit d'une phlegmasie franche, reconnaissable à ses caractères, et le trouble sécrétoire de la bile qui résulte de la modification morbide plus ou moins passagère des tissus ne saurait modifier ni le diagnostic, ni le traitement. Ces exemples ne sont pas rares. Nous croyons inutile

d'en rapporter. Les symptômes d'une pneumonie et d'une hépatite plus ou moins intense s'y trouvent réunis ; le sérum du sang, coagulé par l'acide nitrique, se colore en vert, l'urine prend quelquefois aussi cette teinte par l'addition d'un excès d'acide nitrique ; mais la peau est brûlante, le pouls large et dur, la langue plus ou moins rouge, sèche et fendillée ; les saignées abondantes et rapprochées guérissent le malade. La faculté qu'avait le sérum de se colorer en vert par la réaction nitrique diminue à chaque émission sanguine, et cesse à la terminaison des symptômes phlegmasiques.

Il n'en est pas de même lorsqu'au lieu d'être inflammatoire, l'affection biliaire consiste dans une simple modification sécrétoire, dont l'influence, sans changer la symptomatologie de la pneumonie, sous le rapport de l'auscultation et de la percussion, donne à l'état général et à la marche de la maladie thoracique un cachet particulier ; alors la pneumonie résiste aux antiphlogistiques, et cède avec facilité aux évacuants. En voici quelques exemples.

Obs. I. Un cocher âgé de quarante ans, Auvergnat, d'une très-forte constitution, éprouve du malaise le 31 mai ; la bouche devient amère et pâteuse, l'appétit se perd, et des vomissements bilieux, jaunâtres, abondants surviennent. Le malade continue son travail, s'expose à la pluie et au froid et contracte, le 17, une douleur du côté droit qui l'oblige à prendre du repos. Une saignée que l'on pratique ne le soulage pas, il entre à l'hôpital Beaujon où nous étions encore médecin ; on le saigne une seconde fois lorsqu'il a pris place dans la salle.

21 mai, huitième jour du malaise général, quatrième de la pleuropneumonie. Visage, conjonctives et surface cutanée d'une teinte jaune très-prononcée ; langue sèche, bouche amère ; expectoration partie safranée, partie rouillée et brunâtre ; à gauche souffle tubaire peu marqué, circonscrit dans la fosse sous-épineuse et entouré de râle crépitant ; à droite, souffle tubaire partout, excepté au-dessous de la clavicule, matité de la plus grande partie de ce côté, surtout vers les fausses côtes, douleur vive dans cette région pendant l'inspiration et la percussion même médiate, bronchophonie ; quatre-vingt-huit pulsations, pouls large et moyennement dur ; sang de la saignée pratiquée la veille offrant un caillot couenneux et un tiers à peu près de sérosité. Ce liquide est d'une couleur jaune peu foncée ; il donne, par l'acide nitrique, un coagulum vert pistache dans sa moitié supérieure, et vert bleuâtre dans l'inférieure ; la première teinte formée par la biliverdine, et la seconde par cette matière colorante et la couleur jaune que l'acide nitrique communique à l'albumine comme à toute matière animale. L'expectoration n'éprouve point de modification notable par l'action de l'acide nitrique, non plus que l'urine qui est limpide.

Le malade n'ayant point éprouvé de soulagement par les deux saignées, et les symptômes bilieux nous paraissant avoir une certaine prédominance, nous nous contentons de prescrire l'application de ventouses mouchetées sur les points douloureux du thorax, et nous faisons prendre auparavant 45 grammes d'huile de ricin dans l'intention de modifier l'état bilieux.

22 mai. Les garderobes bilieuses ont été abondantes; la teinte jaune de la peau est diminuée, et le sérum provenant des 4 à 5 onces de sang fourni par les ventouses appliquées plusieurs heures après l'effet du purgatif, donne par la réaction nitrique un coagulum moins coloré que la veille. Toux moins fréquente et moins douloureuse, quelques bulles de râle crépitant rédux à droite et à gauche, expectoration blanchâtre et safranée, soixante-seize pulsations. Langue humide, abdomen indolent; urine sans réaction nitrique. 45 grammes d'huile de ricin; pect., julep, diète.

23 mai. Le purgatif a produit des garderobes bilieuses abondantes. Amélioration dans la teinte jaune de la peau; l'état morbide des poumons s'amende également. Un reste de douleur à droite du thorax détermine l'application de cinq ventouses.

24 mai. Même état. Prescription de 45 grammes d'huile de ricin, puis de l'application de quelques ventouses.

25 mai. Des garderobes séreuses, jaunâtres, abondantes ont eu lieu; le sérum du sang des ventouses ne donne plus par l'acide nitrique qu'un coagulum dont les couches inférieures se colorent en jaune et les supérieures conservent la couleur blanche de l'albumine; la peau a recouvré sa teinte normale; le poumon gauche n'offre que du râle crépitant rédux, et le droit un mélange de souffle tubaire peu sonore et de râle crépitant rédux; expectoration incolore; soixante-seize pulsations.

L'amélioration augmente ensuite chaque jour. Arrivé à l'état de convalescence, le 3 juin, le malade se couche par terre; une douleur se réveille dans le côté droit; on applique sur ce point un emplâtre stibié. Le 11 on constate un retour complet des poumons à l'état normal, et le lendemain Beiou sort de l'hôpital.

On a pu remarquer que des symptômes bilieux avaient précédé chez ce malade le développement de la pleuropneumonie, et que celle-ci, non améliorée après la seconde saignée, commença à prendre une marche plus satisfaisante dès l'emploi du premier purgatif. On a pu voir que le pouls fréquent, mais sans dureté, était devenu presque normal sous la même influence; et que la petite quantité de sérum obtenue par les saignées locales avait permis de reconnaître que l'amélioration de l'état bilieux et de l'affection pulmonaire augmentait à mesure que l'on voyait la biliverdine diminuer dans le coagulum sanguin. Apprécie-t-on mieux la marche de la pneumonie franchement inflammatoire traitée exclusivement par la saignée? Non sans doute. A mesure que la disposition couenneuse du sang diminue, on voit le souffle tubaire faire place au râle crépitant rédux, comme nous l'avons vu dans le cas précédent disparaître en même temps que la matière verte de la bile. Les saignées coup sur coup eussent-elles guéri le malade plus promptement? Nous ne croyons pas que cette méthode eût été appliquée avec ses avantages ordinaires à ce malade. Le peu de résistance du pouls semblait la contre-indiquer. La guérison, aussi rapide que possible, de cette double pneumonie, prouve en faveur du traite-

ment employé. Enfin, la facilité avec laquelle le point pleurétique survenu pendant la convalescence a disparu, démontre que la maladie aiguë avait été suffisamment enlevée pour qu'un état chronique consécutif ne pût point se développer par la suite.

Dans certains cas l'élément bilieux sature encore davantage l'économie et se rencontre à la fois dans le sang, l'urine et l'expectoration. En voici un exemple.

Obs. II. Un homme de trente-huit ans, d'un tempérament bilieux, d'une assez forte constitution, atteint autrefois d'une fluxion de poitrine opiniâtre, qui n'avait laissé après elle ni toux ni oppression, et lui avait permis de reprendre une excellente santé, reçoit dans le dos, au commencement de janvier, un coup de pied de cheval. Il éprouve d'abord un peu de gêne dans la respiration, ne crache point de sang, et ne ressent aucun dérangement dans l'appareil digestif. Sa santé avait repris son état satisfaisant antérieur, lorsque le 14 mars, étant en sueur, il se met à nettoyer ses harnais. Saisi de froid, il ressent un malaise général qui ne l'empêche pas d'abord de continuer son ouvrage; mais le 16, le frisson, la gêne de la respiration et les vomissements bilieux qui surviennent, l'obligent à se mettre au lit. Il boit du vin chaud, éprouve beaucoup d'agitation pendant la nuit, et se rend le lendemain à l'hôpital.

Le 17 mars, troisième jour de la maladie, conjonctives jaunes, visage coloré par la même teinte, exprimant l'anxiété; pouls large, fréquent, sans dureté, donnant cent vingt battements; toux vive, accompagnée de douleur au côté gauche, de matité et de souffle tubaire vers l'angle inférieur de l'omoplate, expansion normale du côté droit du thorax, expectoration en partie sanguinolente et en partie jaunâtre, verdissant un peu par l'acide nitrique; vomissement jaune verdâtre, urine prenant dans sa couche inférieure une teinte verte prononcée par l'addition de l'acide nitrique. Prescription : saignée de 500 grammes, à répéter le soir s'il y a indication; tisane pectorale, julep béchique. On ne réitère pas la saignée le soir.

Le lendemain même état, même prescription. Deux saignées sont pratiquées dans la journée, l'une le matin, l'autre le soir. La première est couenneuse comme la précédente, celle du soir ne l'est pas.

Le 19 mars, point d'amélioration ni dans la teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives, ni dans les symptômes thoraciques. Une quatrième saignée de 500 grammes est faite le matin, et donne les caractères suivants : caillot couenneux plastique, nageant dans un quart de son volume de sérosité, ce que l'on apprécie facilement en le soulevant de la capsule graduée qui le contient ; sérum coagulé par l'acide nitrique, offrant une teinte verte encore plus foncée que les jours précédents.

Le 20 mars, teinte jaune du visage et des conjonctives plus prononcée; amertume insupportable de la bouche, langue couverte d'un enduit peu épais, mais jaunâtre; point de douleur dans la région hépatique ; persistance des symptômes thoraciques. On renonce aux émissions sanguines pour recourir aux évacuants, l'inspection du sang démontrant que le sérum se charge de plus en plus de biliverdine. 45 grammes d'huile de ricin, pris dans la journée, procurent des garderobes bilieuses abondantes.

Le lendemain, 21 mars, la teinte jaune du visage est moins foncée, l'a-

mertume de la bouche moindre, et le souffle tubaire diminué d'intensité. La respiration est cependant encore gênée. Application de ventouses mouchetées sur le côté, saignée du bras d'une seule palette.

Le 22 mars, le sérum donné par la petite saignée faite la veille se prend par la réaction nitrique en un coagulum à peine teint de vert. Disparition presque complète des symptômes bilieux, développement du râle crépitant rédux.

Les jours suivants, la résolution se prononce de plus en plus. Le 24 mars, le désir de prendre des aliments se manifeste; il augmente assez pour que l'on puisse accorder la demie dès le 1[er] avril, et la sortie quelques jours après.

En lisant attentivement cette observation, on voit que, développée sous les influences ordinaires d'un refroidissement, cette pleuropneumonie du côté gauche et fort intense ne diminue pas, malgré la perte, en quelques jours, de deux kilogrammes de sang. On voit la teinte du sérum coagulé se verdir de plus en plus après chaque émission sanguine, et l'amélioration ne commencer, dans les symptômes bilieux et thoraciques, que quand, à l'aide de l'huile de ricin, d'abondantes évacuations bilieuses ont eu lieu. Dès ce moment, le malade ne cesse d'aller de mieux en mieux, et le sérum d'une petite saignée exploratrice plutôt que curative ne contient plus que des traces de biliverdine. Nous ne pensons pas que l'on puisse nier, dans ce cas, la corrélation du traitement évacuant avec la marche favorable de la maladie que nous venons de décrire. A quoi attribuer l'élément bilieux qui en a particularisé le cours? Il est difficile de le dire d'une manière satisfaisante. La constitution bilieuse du malade, le coup de pied de cheval, ou l'usage du vin chaud au début de la maladie, ont-ils contribué au développement de cette disposition? La dernière de ces circonstances pourrait avoir quelque valeur. La cause importe peu si l'état morbide spécial et l'indication du traitement employé sont suffisamment établis.

Nous ne croyons pas nécessaire de multiplier nos observations.

Dans d'autres circonstances, la constitution médicale seule donne à la pleurésie ou à la pleuropneumonie le cachet particulier qui les rend si complétement différentes de la pleuropneumonie aiguë franche, et même de la pleuropneumonie avec état bilieux.

La forme de pneumonie plus particulièrement dite bilieuse, dont on nie l'existence si généralement aujourd'hui, trouve de l'appui et des moyens d'explication dans les observations que nous venons de rapporter.

Comment, en effet, récuser maintenant les descriptions qu'un homme tel que Stoll donne au commencement de son *Ratio medendi*, quelque extraordinaires qu'elles soient? Ce que nous venons de dire doit plus facilement faire admettre l'existence de ces pleurésies et de ces pneumonies qui se faisaient remarquer, dès l'invasion, par

l'amertume de la bouche, la perte de l'appétit, les rapports amers, les selles bilieuses et les vomissements bilieux qui accompagnaient les symptômes de la maladie thoracique. Ce qui prouve que Stoll n'était point aveuglé par des idées préconçues, c'est que, dans le commencement, il ne sut d'abord quelle conduite tenir. « *A principio incertior fuit curandi ratio. Multi unam duasve sanguinis missiones instituerunt eo eventu, ut post momentaneum, brevique evanidum levamen omnia symptomata exasperarentur... Ubi facto examine constitit, morbum nulla vera inflammatione complicari, qualis plerumque fuit, curam ab emetico incohavimus.* » Le succès qui couronna la méthode évacuante la fit employer pendant tout le temps que dura l'épidémie. Des faits pareils à ceux qui ont servi à présenter ce tableau devraient être d'autant plus facilement appréciés aujourd'hui, que nous avons un moyen de plus que Stoll pour reconnaître l'état bilieux, la présence de la bile dans le sang constatée par la réaction nitrique, et, lorsque la diffusion est très-considérable, la présence de cette bile dans l'urine et même dans l'expectoration.

Nous ne voulons pas dire par là que les crachats jaunâtres et même verdâtres, par exemple, mériteraient une attention particulière et devraient faire reconnaître la pneumonie bilieuse. Ce serait une erreur. L'expérimentation nous a démontré que de nombreux mélanges, à doses variées, de mucus bronchique incolore et de sang, donnent les différentes teintes orangée, abricot et safranée de l'expectoration de la pneumonie aiguë franche. La coloration verte, développée dans les crachats par la réaction nitrique, pourrait seule faire reconnaître le passage de la bile dans l'expectoration. La facilité avec laquelle ce fluide se répand dans le sang, l'urine et tous les tissus de l'économie devrait faire admettre la possibilité de son passage dans l'expectoration, lors même que nous n'en aurions pas la preuve expérimentale dans le second fait que nous avons rapporté.

Cette facilité, à l'aide de laquelle on retrouve les matières colorantes de la bile par la réaction nitrique, ne pourra que favoriser l'étude des maladies bilieuses. Baglivi (*Opera omnia*, pag. 438) avait déjà indiqué la couleur verte résultant du mélange des acides avec la bile; coloration sur laquelle nous avons insisté. Berzélius est, parmi les chimistes, celui qui s'est le plus occupé de cette réaction, si facile à opérer. C'est aux médecins à en faire l'application. Rien de plus aisé pour le sérum; il suffit de verser dans un verre conique, contenant deux ou trois cuillerées de ce liquide, dix ou douze gouttes d'acide nitrique, pour que l'albumine se coagule et que les matières colorantes se disposent en zones superposées les unes aux autres. On voit d'abord au fond du verre

la teinte jaune que toute matière animale reçoit habituellement de sa combinaison avec l'acide nitrique ; au-dessus on remarque une zone rose d'un millimètre de hauteur, tantôt plus, tantôt moins, au-dessus encore d'autres zones de diverses nuances de vert bleuâtre ; puis, enfin, des zones de vert plus ou moins foncé. Nous avons retrouvé dans l'urine ces diverses zones ainsi disposées en arc-en-ciel. Mais, dans cette dernière réaction, on n'obtient guère que la coloration verte, et, pour l'avoir, il faut quelquefois ajouter, en volume, un quart d'acide nitrique à l'urine. Quant à l'expectoration, le mélange direct ne nous a jamais donné que la teinte verte. On n'obtient jamais cette couleur avec des crachats purulents sanglants.

Nous ne chercherons point à donner l'étiologie de la pneumonie bilieuse. La trouverait-on dans les rapports physiologiques que l'hématologie a pu établir entre les fonctions du foie et celles du poumon? On ne saurait le dire. Mais tout le monde conviendra que la présence des matériaux biliaires dans le sang ne peut que rendre celui-ci irritant, le disposer à produire des inflammations, ou à les entretenir lorsqu'elles existent. Est-ce là tout? on ne peut l'admettre. L'examen des faits de Stoll prouve qu'il y a quelque chose de particulier dans cette variété de la pneumonie ; qu'on ne peut la confondre avec la pneumonie franchement inflammatoire, mais qu'elle se rapproche des cas compliqués que nous avons rapportés. Quant à ces derniers, nous pensons qu'ils sont peut-être plus communs qu'on ne le croit ; mais l'usage si fréquent que l'on fait du tartre stibié à haute dose empêche peut-être de les apprécier ou de les reconnaître.

On sait, en effet, que, donnée à haute dose, cette préparation antimoniale est souvent tolérée, et agit seulement comme contre-stimulant. Dans ces cas, les pneumonies sont véritablement inflammatoires. D'autres fois, au contraire, le tartre stibié, donné à haute dose, agit comme si on l'eût administré à dose réfractée ; il produit des vomissements et des évacuations de nature bilieuse. Ces cas comprennent, sans doute, bon nombre de ceux que l'on pourrait ranger parmi les pneumonies, ou bilieuses, ou compliquées d'état bilieux. Ils doivent leur terminaison favorable aux garderobes abondantes, qui font cesser la diffusion bilieuse et enlèvent au sang et au reste de l'économie un principe irritant qui occasionnait ou entretenait l'inflammation.

Dans ces cas mixtes, une ou deux saignées, faites au début, loin de produire des accidents, enlèvent l'élément inflammatoire qui peut exister et favorisent peut-être l'emploi des évacuants ; mais, nous croyons l'avoir démontré, ce sont ces derniers qui amènent plus spécialement et avec plus de promptitude la solution de la maladie.

Nous reconnaissons, avec presque tous les praticiens, que la pneumonie est, dans la plupart des cas, de nature inflammatoire. Cette maladie est, pour les médecins, la phlegmasie par excellence, comme le phlegmon pour les chirurgiens. Mais nous voudrions que l'on ne se refusât pas à admettre les cas particuliers, spéciaux, distincts de tous les autres, et qui, par cela seul, réclament une médication différente. C'est le moyen d'augmenter le nombre des guérisons. Nous croyons, d'après ce qui précède, que les pneumonies bilieuses ou compliquées d'état bilieux ne doivent pas être rayées des cadres nosologiques.

MARTIN-SOLON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LES KYSTES MUQUEUX FOLLICULAIRES DES PAROIS DU VAGIN, ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Rien de mieux connu que cette fâcheuse tendance de certaines portions de l'appareil génital de la femme à devenir le siége de collections circonscrites que l'on désigne sous le nom de kystes. Ceux de l'ovaire et des trompes constituent une affection très-commune sur laquelle la science possède de nombreux travaux. Il n'en est pas de même des kystes de l'utérus, auxquels M. Huguier a consacré, il y a quelques mois, un travail intéressant. Nous avons nous-même publié récemment une observation de ce genre, et nous nous proposons d'y revenir plus en détail. Aujourd'hui nous voulons jeter un coup d'œil rapide sur une affection aussi peu connue que les kystes de la matrice, nous voulons parler des kystes des parois du vagin. Quelques observations en ont été publiées par Lisfrane, Sanson, A. Bérard, Vidal; mais M. Huguier en a, le premier, tracé l'histoire complète dans le beau travail que la Société de chirurgie a inséré dans ses Mémoires.

Les kystes du vagin, dont il est question ici, ne sont pas ces kystes séreux, sanguins ou purulents, qui prennent leur origine soit dans le tissu cellulaire qui unit le conduit vulvo-utérin aux organes environnants, soit dans ces organes eux-mêmes, et qui, après avoir acquis des dimensions plus ou moins considérables, finissent par proéminer dans la cavité vaginale, en soulevant et poussant devant eux les parois du conduit, mais bien des kystes des parois du vagin proprement dits, c'est-à-dire des kystes développés aux dépens des follicules muqueux qui entrent dans la composition de ce conduit. Ces follicules sont de deux ordres : les uns superficiels, pourvus d'un orifice ou d'un conduit excréteur; les autres profonds et clos, sans orifice ou conduit. De là deux ordres de kystes, les kystes folliculaires superficiels, les kystes folliculaires profonds.

Les kystes folliculaires superficiels sont ordinairement situés à l'orifice inférieur du vagin, ou à un demi-pouce au-dessus. Ils occupent les parois antérieures et latérales, et plus particulièrement le pourtour de l'urètre. Le plus souvent ils sont uniques. Leur volume varie depuis celui d'un gros grain de chènevis jusqu'à celui d'une noisette. Sessiles, de forme arrondie ou légèrement méplate, ils sont transparents dès leur début, lors même qu'ils n'ont que le volume d'un pois. Aussi leur couleur varie-t-elle avec celle de la matière qu'ils renferment, matière qui offre elle-même un grand nombre de variétés, suivant la cause qui a produit le kyste, suivant le degré d'inflammation ou d'excitation de ses parois, ou de froissement qu'elles ont pu éprouver. Il en résulte que les uns sont incolores et transparents comme du cristal ; les autres blanchâtres, d'un gris perlé, d'un brun jaunâtre ou d'un vert glauque. Ces kystes sont polis, lisses dans toute l'étendue de leur surface. Ils ne sont jamais aussi fermes et aussi élastiques que les kystes profonds. Lorsqu'on les a ouverts, la surface interne, luisante et polie permet le plus ordinairement de distinguer le point où siégeait l'orifice du conduit excréteur. Quelle que soit la couleur du liquide qui y est enfermé, ce liquide est toujours filant, épais, visqueux, quelquefois même pultacé.

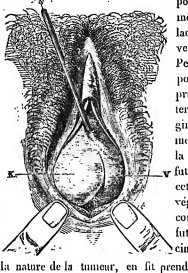
Les kystes muqueux folliculaires profonds s'observent le plus généralement sur la moitié supérieure du vagin, non loin du col de l'utérus, rarement à l'orifice inférieur du conduit, ou immédiatement au-dessus. Ils sont presque toujours uniques. Ils occupent plus fréquemment la paroi antérieure que la postérieure. Leur volume présente de grandes variétés, depuis celui d'une noisette et au-dessous, jusqu'à celui d'un œuf de poule. Sphériques et sessiles dès le principe, ils ne tardent pas à devenir ovalaires, piriformes et pédiculés ; ils peuvent être allongés, cylindroïdes, remonter entre le vagin et les parties voisines, ne montrer dans la cavité vaginale que leur extrémité inférieure. Ils sont, en général, opaques dans toute leur étendue, si l'on en excepte quelquefois leur sommet. Tant qu'ils n'ont pas acquis la dimension d'une noix, ils ont l'aspect, la couleur, la sensibilité des parois vaginales ; mais, au delà de ce volume, et dès qu'ils se sont pédiculés, ils deviennent lisses, polis, luisants, et d'un blanc grisâtre ou légèrement rosé ; en un mot, leur couleur est beaucoup plus pâle que celle des parois du conduit vulvo-utérin. Leurs parois, en général épaisses, varient de 1 à 4 millimètres, suivant que la tumeur est pédiculée ou sessile, suivant qu'on a étudié leur organisation du côté qui correspond au vagin ou de celui qui répond aux parties voisines. La matière qu'ils renferment est toujours visqueuse et filante ; le plus souvent elle ressemble au mucilage de gomme. Tou-

jours indolentes, sauf le cas d'inflammation intercurrente, ces tumeurs se montrent au toucher souples, molles, mais d'une mollesse uniforme dans toute l'étendue de la masse, fluctuantes, sans que la pression exercée pour les reconnaître soit jamais douloureuse. Au toucher, si la tumeur est sessile, elle forme un simple relief sphérique ; le doigt qui la déprime sent le liquide qui fuit devant lui ; il rencontre ordinairement une ouverture circulaire, formée aux dépens de la tunique propre du vagin, ouverture que l'on pourrait prendre pour une hernie, si, en continuant la pression, on ne rencontrait bientôt la paroi opposée ou le fond du kyste, présentant une résistance élastique régulière et une surface concave, sans rencontrer dans la cavité parcourue aucun corps résistant, fixe ou mobile.

La marche des kystes muqueux des parois du vagin est, en général, lente et chronique ; il leur faut plusieurs années pour acquérir un volume considérable. Ces kystes peuvent persister indéfiniment ou se rompre spontanément ou sous l'influence de violences extérieures. La guérison peut être la suite de cette rupture. Mais cette guérison est bien plus commune par ce mécanisme pour les kystes folliculaires superficiels que pour les autres. Au reste, les kystes des parois du vagin ne sont pas seulement des affections désagréables, en ce qu'ils changent, altèrent les connexions, la configuration des organes génitaux, en ce qu'ils gênent, par leur volume, la progression et les rapports sexuels ; ce sont encore des lésions fâcheuses, en ce qu'ils peuvent déterminer des flueurs blanches, des cuissons, un abaissement de l'utérus, du vagin, du fond la vessie ou de la paroi antérieure du rectum, lorsqu'ils sont volumineux ou pendants hors de la vulve. Ils peuvent enfin, par leur présence, exposer à être blessées, pendant l'accouchement, des parties que la nature avait grand intérêt à ménager. Ils peuvent enfin se rompre pendant la parturition, et devenir le point de départ d'accidents graves, primitifs ou consécutifs.

Sur le dessin que nous avons publié dans notre livraison du 15 mars dernier, nous avons, pour ne pas trop multiplier les figures, fait dessiner un des kystes observés par M. Huguier. La figure C (voir tom. XXXIII, pag. 211) représente un kyste muqueux du cul-de-sac vagino-utérin, du volume d'une noix, qui donnait lieu à un écoulement vaginal. La malade ignorait la présence de cette tumeur, de sorte qu'on ne put rien apprendre sur l'époque précise de son apparition. Du reste, cette jeune femme venait de faire ses couches à la Maternité lorsqu'elle fut transférée à l'hôpital de l'Ourcine pour y être traitée d'une syphilide. Le kyste fut enlevé immédiatement par M. Huguier, et le sixième jour le fond était déjà confondu avec la muqueuse vaginale.

Le cas suivant présente un plus grand intérêt. Le kyste était situé dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, à droite du canal de l'urètre. Au premier aspect, ainsi que le montre la gravure ci-jointe, on

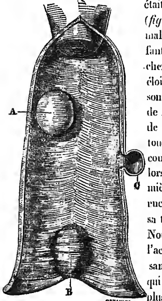


pouvait croire à un cystocèle; c'est même ce qui est arrivé. La malade, âgée de dix-sept ans, était venue accoucher à la Maternité. Pendant le travail, la tumeur, poussée en bas et en avant, fut prise par la sage-femme et l'interne pour une hernie vésico-vaginale. La présence de cette tumeur n'eut aucune influence sur la marche de l'accouchement, qui fut naturel. Après ses couches, cette femme, qui était affectée de végétations nombreuses que l'on considérait de nature syphilitique, fut dirigée sur l'hôpital de l'Ourcine. M. Huguier ayant constaté la nature de la tumeur, en fit prendre un dessin que nous reproduisons en y ajoutant une sonde de femme S afin de montrer la déviation de la vessie à gauche V, et la direction du canal de l'urètre, qui est accolé au fond du kyste K.

Après s'être bien assuré de l'isolement complet de cette tumeur avec la vessie, M. Huguier fit à la partie inférieure du kyste une petite incision, saisit avec des pinces à disséquer une des lèvres de la plaie, et enleva, à l'aide de fort ciseaux courbes, toute la portion de la poche qui faisait saillie dans le vagin. Cette ouverture circulaire, qui avait l'étendue d'une pièce de vingt sous, permit de cautériser immédiatement toute la surface interne avec un pinceau de charpie imbibé de nitrate acide de mercure. Bien que cette opération ait été peu douloureuse et sans gravité, il nous eût paru préférable, dans un cas semblable, de tenter la cure du kyste par l'injection iodée, qui, moins douloureuse encore, eût laissé, si son emploi eût été suivi de succès, ainsi que des faits nombreux nous permettent de le supposer, une plus grande épaisseur à la cloison vésico-vaginale. Du reste, les suites de l'opération de M. Huguier furent des plus simples : l'inflammation causée par la cautérisation était calmée le quatrième jour, et la cavité et les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes. (Ce kyste s'était développé au début de la grossesse. Sa position à l'entrée de la vulve

permit à la femme d'en suivre le développement, qui fut peu rapide. Sa présence donnait lieu seulement à un peu de gêne pendant la miction, sans déterminer de leucorrhée.)

A ces faits, nous en ajouterons un qui nous est personnel, et qui est curieux en ce sens que c'est le premier cas dans lequel on ait observé deux kystes folliculeux sur la même femme. Ainsi que le montre le dessin ci-joint, l'un occupait la partie moyenne du vagin, tandis que l'autre

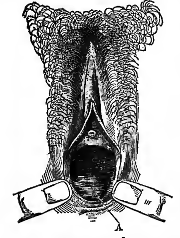


était placé dans la cloison recto-vaginale (*fig*. 3). Mme H., comme la plupart des malades de M. Huguier, avait eu des enfants, et le développement des kystes chez elle remontait à une époque assez éloignée, puisqu'il y a sept années environ son médecin l'envoya à la consultation de l'hôpital de la Pitié pour avoir l'avis de Lisfranc, qui conseilla de n'y point toucher. Cet habile chirurgien n'avait constaté que le kyste supérieur. En 1845, lorsque Mme H. fut admise pour la première fois à notre dispensaire, elle était enceinte, et voulait être débarrassée de sa tumeur, dont la présence l'inquiétait. Nous ne cédâmes point à son désir, et l'accouchement se fit très-rapidement, sans même amener la rupture du kyste, qui était assez volumineux. Il n'en fut plus de même l'année dernière, lorsqu'elle se présenta de nouveau. Outre la leucorrhée habituelle, Mme H. éprouvait des douleurs dans les reins et dans les aines, un sentiment de pesanteur sur le siége, de la gastralgie; le toucher permettait de constater un état d'érosion du col; nous crûmes alors qu'il était indispensable d'enlever cette tumeur, qui, outre qu'elle rendait l'examen très-difficile, devait par sa présence entretenir un état d'irritation préjudiciable à la prompte guérison de l'affection du col. Nous priâmes M. Huguier de venir voir ce cas qui l'intéressait, et les deux kystes furent immédiatement excisés.

Nous avons ajouté à notre dessin la figure C, qui représente les débris d'un kyste folliculeux profond, dont la guérison fut spontanée. La femme étant morte à l'hôpital de l'Ourcine, M. Huguier, qui en avait constaté l'existence au début de la grossesse, put ainsi suivre les résultats éloignés de la rupture de la tumeur survenue pendant l'accouche-

ment. Cette tumeur C, du volume d'une noisette, n'était autre que le kyste revenu sur lui-même ; les parois formées en dehors par une couche de tissu cellulo-fibreux, étaient revêtues en dedans par une membrane muqueuse qui se continuait avec la muqueuse vaginale, sans ligne de démarcation autre qu'un léger éperon au niveau de l'ouverture du kyste.

La fig. 3 représente le kyste B de la figure précédente, tel qu'on le voyait lorsqu'il était soulevé et tendu à l'aide d'une érigne. Abandonné il reprenait sa position, et on ne voyait plus rien. Seulement la muqueuse vaginale formait en avant des replis nombreux, et simulait un rectocèle peu prononcé auquel on ne prêtait nulle attention. Aussi cette tumeur avait-elle échappé à l'examen de Lisfranc, et c'est seulement au moment de l'opération que le spéculum bivalve nous permit d'en constater l'existence.



Le traitement de ces kystes ne présente aucune difficulté sérieuse, au moins dans la grande majorité des cas. Aussi, à moins que le kyste soit peu volumineux et reste stationnaire, qu'il ne gêne pas la personne qui le porte, qu'il ne détermine pas d'écoulement vaginal, et qu'enfin la malade soit arrivée à cet âge où les organes sexuels n'entrent plus ou que très-rarement en action, on ne doit pas abandonner ces kystes à eux-mêmes, et il faut pratiquer une opération qui, nous devons le dire immédiatement, ne présente aucun danger, et n'a jamais été suivie d'accidents ; nous voulons parler de l'excision du kyste.

La guérison spontanée par la rupture du kyste est une circonstance rare sur laquelle on ne saurait compter. Cette rupture est plus fréquente sous l'influence de violences extérieures, et, comme on le comprend facilement, dans les cas où les kystes sont superficiels; car il ne faut pas seulement que la rupture ait lieu, il faut encore que le froissement des parois ait été assez considérable pour que l'adhésion des lèvres de la plaie ne puisse avoir lieu.

Quant à l'opération elle-même, rien de plus facile pour les kystes superficiels : on saisit leur partie saillante avec des pinces à griffes ;

on l'enlève à l'aide d'un ou de deux coups de ciseaux courbes.

L'excision des kystes profonds réclame plus de précaution et de prudence, surtout lorsque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ils ont leur siége au niveau de la vessie et de l'urètre; une sonde est portée dans ces organes, afin de les éloigner de l'action des instruments, de laisser écouler l'urine, et de s'assurer de nouveau que la tumeur n'est pas formée par le liquide contenu dans une hernie de la muqueuse vésicale. Si déjà on n'a pratiqué une ponction exploratrice, on commence l'incision par une petite ponction pratiquée avec un bistouri très-étroit; le liquide reconnu pour celui d'un kyste, la ponction est incontinent agrandie, et convertie en une incision dont chaque lèvre est saisie avec des pinces, et excisée avec des ciseaux courbes. Le fond du kyste doit être respecté, dans la crainte des hémorrhagies. La plaie circulaire avec perte de substance est cautérisée dans toute son étendue avec du nitrate d'argent. Si le kyste ne siége pas au niveau de la vessie et du rectum, ou si une ponction exploratrice préalable a démontré sa nature, on peut pratiquer l'opération d'une manière beaucoup plus simple, en saisissant de suite avec une pince de Museux la partie saillante et vaginale de la tumeur, et on l'enlève avec de grands et forts ciseaux. Lorsque le kyste est pédiculé, si le pédicule est long et étroit, et, par conséquent, s'il est impossible d'admettre un prolongement, dans son intérieur, de la vessie ou du rectum, on saisit la tumeur, on la tire à soi, et le pédicule tendu est coupé d'un seul coup de ciseaux plus ou moins près de l'insertion vaginale. Si le pédicule est large, s'il a de 10 à 12 lignes de diamètre, si l'on peut craindre que le fond du kyste ait contracté des adhérences avec l'urètre, le fond de la vessie, la paroi antérieure du rectum, et entraîné dans sa tige une partie de ces organes, il faut se garder de trancher d'un seul coup le pédicule, et bien plutôt ponctionner le kyste, l'inciser et ébarber chacune de ses lèvres; ou bien encore, après avoir fait vers la base deux incisions demi-circulaires, mettre le kyste à nu et l'arracher. Dans tous les cas, la plaie qui succède à l'excision ne tarde pas à se cicatriser et à présenter les mêmes caractères que la muqueuse vaginale.

L'excision constitue donc le traitement le plus général à diriger contre ces espèces de tumeurs. Toutefois, lorsqu'elles sont très-volumineuses ou qu'elles existent dans l'épaisseur de l'une des cloisons vaginales qui sont contiguës au rectum et au vagin, la ponction des kystes et leur injection avec la teinture d'iode pourraient peut-être amener leur cure aussi facilement. Pour notre part, nous n'hésiterions pas, nous le répétons, à les conseiller dans les cas où ces tumeurs ont accolées à l'un de ces réservoirs importants. D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT SUR DEUX NOUVEAUX FÉBRIFUGES.

Les quinquinas, par suite de l'épuisement des forêts qui les fournissent, deviennent de plus en plus rares et partant acquièrent, ainsi que les sels quiniques, un prix de plus en plus élevé. Cette considération commence à diriger les esprits à la recherche d'autres fébrifuges. Déjà, sans parler de l'acide arsénieux dont les propriétés fébrifuges sont connues de longue date, à part aussi la salicine, la phloridzine, dont la connaissance date de plusieurs années, déjà, disons-nous, un grand nombre d'antipériodiques assez efficaces ont été signalés dans ces derniers temps, quoique cependant, faisons-le observer, leur étude comparée n'ait pas été faite. Nous citerons le cynisin, le tulipier, le bébéern, la phyllyrée, enfin l'écorce de baobab que vient de signaler à l'attention des médecins européens, par un Mémoire adressé à l'Institut, un médecin français établi à la Guadeloupe, le docteur Duchassaing. Nous allons dire un mot sur ces deux dernières.

DE L'ÉCORCE DU BAOBAB OU ADANSONIA DIGITATA.

L'arbre qui produit cette écorce, en un mot le *Baobab* ou *Adansonia digitata* (Malvacées) est le végétal le plus gigantesque que l'on connaisse. Il est aux végétaux ce que sont la baleine et l'éléphant parmi les animaux : sa patrie est le Sénégal ; mais il s'acclimate facilement dans les autres pays chauds, ce qui revient à dire que si ses propriétés fébrifuges se confirmaient, on pourrait se procurer son écorce en abondance et à bon marché.

« L'écorce, dit M. Duchassaing, la partie la plus active du végétal, offre les caractères suivants, quand elle est verte : sa surface est assez lisse, d'un gris noirâtre, parsemée d'une foule de plaques de lichen ; sa face interne est d'un blanc pur, qui rougit en peu d'instants au contact de l'air ; son odeur rappelle celle de l'écorce du tilleul ; sa saveur est presque nulle. Cette écorce est extrêmement mucilagineuse ; quand elle est sèche, elle a une odeur et une saveur peu appréciables.

« La décoction aqueuse de cette écorce est rouge clair, transparente ; son odeur rappelle légèrement celle du quinquina. Sa saveur est peu appréciable ; elle renferme une grande quantité de mucilage. C'est cette décoction que nous employons généralement ; nous la préparons de la manière suivante :

Eau...............	1,000 grammes.
Ecorce de baobab....	30 grammes.

« Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Cette décoction, refroidie et sucrée, n'est nullement désagréable au goût.

« Ce mode de préparation offre un inconvénient. Au bout de peu de temps, dix-huit à vingt-quatre heures, le liquide s'altère et contracte une odeur et une saveur désagréables. Pour éviter cette altération, il faut précipiter le mucilage par l'addition à la liqueur d'un peu d'acide sulfurique ; le mélange d'un peu d'alcool peut aussi retarder la fermentation. Nous devons remarquer que cette altération du liquide ne lui ôte en rien ses propriétés antipériodiques. »

Le docteur Duchassaing a fait de nombreuses observations sur des malades atteints de fièvre intermittente paludéenne bien caractérisée. Le baobab lui a toujours procuré la guérison, et là même où le quinquina avait échoué. Des planteurs de la Guadeloupe traitent aujourd'hui leurs nègres avec cette écorce, et n'emploient plus le sulfate de quinine que dans des cas exceptionnels.

A priori, beaucoup refuseront nettement à un végétal malvacé, éminemment mucilagineux, dépourvu d'amertume, et même de toute autre saveur prononcée, une action dynamique puissante. Pour nous, nous sommes plus circonspect : sans admettre comme démontrée la propriété antifébrile manifeste du baobab avant de nouvelles expériences faites par de nouveaux expérimentateurs, nous n'admettons pas cependant que cette propriété ne puisse appartenir qu'à des substances douées d'une saveur amère, ainsi que le croient beaucoup de praticiens : l'acide arsénieux est-il amer ? Et ensuite, il n'est pas toujours nécessaire qu'un médicament ait une saveur prononcée pour être doué de propriétés actives : le citrate de magnésie n'est-il pas un purgatif énergique ?

Faisons remarquer, en terminant, que M. Duchassaing n'est pas d'ailleurs le premier qui ait parlé des propriétés fébrifuges du baobab : Golberry, Franck, avaient indiqué comme tel le fruit de cet arbre, et, avant eux encore, Adanson, célèbre naturaliste, duquel lui vient son nom botanique, avait indiqué les feuilles. Mais, ainsi qu'on le voit, aucun de ces auteurs n'avait indiqué l'écorce comme la partie la plus active.

DE LA PHYLLYRÉE ET DU SULFATE DE PHYLLYRINE.

Disons un mot maintenant de la phyllyrée, que M. le docteur Jachelli a récemment ajoutée à la liste des fébrifuges.

La phyllyrée, *phyllyrea latifolia* L. (Jasminées), est un petit arbrisseau toujours vert qui croît dans le midi de la France, en Espagne, en Italie, etc.

Avant la publication des expériences du professeur de Ferrare, les

feuilles de la phyllyrée passaient seulement pour rafraîchissantes et astringentes. Aujourd'hui il faudrait les considérer en outre comme un antipériodique efficace. Ici, au moins, l'observateur a pu procéder par analogie ; en effet, parmi les jasminées, les écorces du frêne et de l'olivier sont depuis longtemps connues comme fébrifuge.

Les expériences entreprises par le docteur Jachelli l'ont été sur une très-grande échelle. Les premières datent de 1825. Elles ont été faites avec quatre préparations :

1° Avec la poudre de jeunes feuilles et de jeunes rameaux, administrée à la dose de 30 grammes, en quatre prises, et pendant l'apyrexie ;

2° Avec le décocté simple, préparé avec 30 grammes de phyllyrée incisée dans 1,500 grammes d'eau de fontaine réduite au tiers par l'ébullition, et donné à la dose de 1/2 à 1 kilogr., pendant l'intermittence :

3° Avec le décocté additionné de 30 gouttes d'acide sulfurique ;

4° Avec le sulfate de phyllyrine, à la dose de 75 centigr. à 1 gr., administré dans l'apyrexie.

Voici la préparation de ce sulfate :

On prend 6 kilogr. de phyllyrée incisée ; 50 kilogr. d'eau de fontaine et 250 grammes d'acide sulfurique concentré. On mélange l'acide avec l'eau, et on fait bouillir le tout dans un vase de cuivre étamé, pendant deux heures ; on filtre le liquide chaud à travers une toile. On traite le résidu avec de l'eau acidulée, et on le fait bouillir à trois reprises pour l'épuiser. On mélange les décoctés. On laisse refroidir et on ajoute du lait de chaux, jusqu'à ce que la liqueur ne rougisse plus le tournesol. On jette le précipité sur un filtre, on le lave avec de l'eau froide ; on le fait sécher à l'étuve chauffée de 45 à 50° R. ; on le pulvérise et on le fait digérer dans une assez grande quantité d'alcool à 36°. On le fait bouillir pendant une heure dans un alambic pour retirer l'alcool en excès. On filtre ensuite à chaud ; on distille de nouveau pour enlever encore de l'alcool, et on ajoute enfin de l'acide sulfurique étendu de quatre parties d'eau pour saturer la *phyllyrine*. Quelques jours après, on a des cristaux que l'on purifie par le charbon animal ; ces cristaux se présentent alors sous forme de flocons semblables à l'amiante et d'une saveur légèrement amère et âpre.

Les expériences du professeur italien constatent : que le sulfate de phyllyrine jouit d'une activité proportionnelle bien supérieure à celle des autres préparations de phyllyrée. Ainsi 22 malades ont été traités par le sulfate, et 20 ont guéri ; 13 ont été traités par la poudre, et 11 ont guéri ; 18 par le décocté composé, et 14 ont guéri ; 10 par le décocté simple, et 7 ont guéri.

DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NÆVUS MATERNUS TRAITÉ ET RADICALEMENT GUÉRI PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE.

Déjà, depuis lontemps, les caustiques avaient été un des nombreux moyens thérapeutiques proposés pour combattre les tumeurs érectiles. Toutefois ces agents, n'ayant pas répondu à ce que l'on en attendait, avaient été généralement et justement abandonnés pour faire place à l'extirpation par l'instrument tranchant. Jusque dans ces derniers temps, comme on le sait, cette opération était à peu près l'unique mode de traitement opposé universellement aux affections dont il est ici question. Des expériences ayant été tentées dans l'intention d'épargner aux malades une opération toujours douloureuse et non constamment exempte de danger, soit avec des épingles, soit avec le virus vaccin, soit avec la pâte de Vienne, elles ont été couronnées de succès et se sont multipliées depuis. Désireux d'apprécier par nous-même l'efficacité de la poudre calcio-potassique, et encouragé par le Mémoire sur l'emploi thérapeutique des caustiques de M. le docteur Payan, d'Aix, nous avons saisi avec empressement la première occasion qui s'est offerte à nous.

Au mois d'avril 1847, on me présenta un enfant du sexe féminin, Marie Alies, atteinte d'une tumeur érectile qui, au moment de la naissance, n'était que linéaire. Mais quand on nous l'amena, les progrès qu'elle avait faits, notamment dans les quinze jours qui avaient précédé notre visite, étaient tels que ce nævus maternus avait déjà acquis les dimensions d'une pièce de 1 franc, et tendait constamment et rapidement à s'accroître. Cette tumeur sanguine artérielle était située à la partie moyenne inférieure du front, près de la racine du nez et du grand angle de l'œil du côté gauche, parties vers lesquelles elle cheminait ; elle était de forme irrégulière arrondie, proéminente au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge intense, augmentant de volume et de couleur par les cris et les pleurs. Nous fîmes sentir aux parents l'urgence d'enlever, sans délai, cette tumeur, à cause de l'extrême rapidité de sa marche.

Le lendemain donc, 9 avril, nous la cautérisâmes avec la pâte de Vienne. Voici comment nous y procédâmes, et les précautions que nous prîmes afin de préserver les parties voisines. L'enfant couchée dans son berceau, nous circonscrivîmes exactement la tumeur avec un morceau d'emplâtre de diachylon gommé très-agglutinatif ; nous bouchâmes les yeux avec de la charpie appliquée sur les paupières ; la tête

tournée à droite, c'est-à-dire du côté opposé au siége de la tumeur et maintenue dans cette position par un aide, nous étendîmes sur toute la partie affectée une couche de pâte caustique, que nous avions préalablement faite avec de la poudre calcio-potassique, détrempée avec de l'alcool en consistance de plâtre un peu épais, et que nous recouvrîmes ensuite de diachylon gommé. Le tout fut maintenu en place pendant vingt minutes, durant lesquelles la petite malade pleura et cria modérément, et pas plus qu'avant l'application du caustique. L'appareil fut alors enlevé; il s'écoula quelques gouttelettes de sang, et nous aperçûmes une escarre noire, très-dure, circonscrite, occupant toute l'étendue de la tumeur, limitée par une ligne grisâtre, cendrée et exactement de la grandeur et de la forme que nous avions données à la couche caustique. L'enfant redevint immédiatement gaie, et comme elle était en nourrice à la campagne, elle repartit le jour même, sans témoigner la moindre douleur. Nous plaçâmes sur la partie cautérisée un gâteau de charpie recouvert de cérat, qui fut supprimé les jours suivants. Ainsi que nous l'avions recommandé, on nous la ramena le cinquième jour; il ne restait aucun vestige du mal. Trois semaines après, l'escarre était totalement tombée et laissait voir une cicatrice mince, étroite et différant peu, pour la couleur, du reste des téguments et qui, selon toutes les apparences, ne devait laisser que peu de traces. Toutefois, nous devons le dire, quinze jours environ après la chute de la partie mortifiée, il reparut au côté interne de la racine du nez une petite tache rougeâtre, non proéminente, de la grosseur d'une tête d'épingle; nous l'attaquâmes aussi par le caustique de Vienne. Depuis lors, il s'est écoulé un an, sans que le mal ait le moins du monde repullulé; la guérison est donc complète et radicale. C'est la cautérisation seule qui eu a fait tous les frais. Cette petite fille, qui était habituellement inquiète, pleurait sans cesse et paraissait malingre, est devenue, après l'opération, gaie, robuste et profite à vue d'œil. La cicatrice est linéaire et à peine perceptible. Nous doutons que l'ablation par l'instrument tranchant en eût laissé une aussi peu sensible. Cette expérience personnelle et celle des autres chirurgiens nous démontrent clairement tout le parti que l'on peut retirer de ce genre de traitement. La cautérisation par le caustique de Vienne qui nous a donné, dans le cas actuel, un si beau résultat, nous paraît, sans contredit, diminuer singulièrement l'emploi de l'opération sanglante. Son action presque instantanée, le peu de douleur qu'elle réveille, et surtout la faible cicatrice qu'elle laisse sont des avantages précieux.

Jaegerschmits, D. M.
à Lectoure (Gers).

Traitement de la lienterie chez les très-jeunes enfants. — La lienterie est une affection qu'on rencontre assez communément dans la première enfance. Grave lorsqu'elle se lie à une altération profonde du tube digestif, comme un ramollissement de la membrane muqueuse, ou qu'elle se complique de quelque autre lésion organique; elle constitue, au contraire, une maladie en général assez légère, si on lui oppose rapidement une médication convenable.

Les moyens thérapeutiques auxquels on a eu recours sont bien variés, et il est vrai de dire que chacun d'eux compte bien aussi quelques succès. M. le professeur Trousseau, dans son service d'enfants à la mamelle à l'hôpital Necker, après en avoir étudié longuement et habilement la valeur relative, semble s'être arrêté à la méthode qui suit.

Dès que la lienterie est bien constatée, et il est vrai de dire qu'en général les signes qui l'indiquent sont assez faciles à reconnaître, on administre à l'enfant :

Sel de seignette. . de 2 à 5 grammes,

suivant l'âge de l'enfant.

Il est d'observation clinique que l'administration du sel de seignette provoque, dans certains cas, une diarrhée assez abondante, tandis que d'autres fois elle supprime immédiatement la diarrhée, sans effet purgatif préalable. Dans les deux cas, soit médiatement, soit immédiatement, la lienterie s'arrête. Le sel de seignette est d'ailleurs généralement pris sans difficulté.

Si la maladie persiste, on prescrit :

Magnésie calcinée. . . de 5 à 15 centigrammes,

à prendre dans une cuillerée à café de lait.

Il en est de la magnésie comme du sel de seignette. Elle peut mettre fin à la lienterie, avec ou sans effet purgatif préalable, et sans qu'on puisse s'expliquer davantage cette singulière différence.

Lorsque la lienterie résiste à l'emploi de ces deux moyens, on peut recourir avec avantage à la prescription suivante :

Sous-nitrate de bismuth. . . de 5 à 10 centigrammes.

L'action du bismuth est en général plus uniforme. Il est rare qu'il détermine un effet purgatif. Un des résultats presque constants de son administration, c'est la coloration foncée des matières fécales, phénomène d'ailleurs tout chimique sans doute.

Enfin un dernier remède auquel nous avons vu M. Trousseau recou rir est le suivant :

Chlorure de sodium (sel de cuisine). . . 2 à 4 grammes.

Moyen dont l'effet physiologique est également inconstant, mais que nous avons vu amener d'excellents résultats dans des lienteries de longue durée et d'une grande ténacité.

Beaucoup d'autres remèdes peuvent sans doute être mis en usage ; mais nous avons bien rarement vu la lienterie résister à ceux que nous venons d'indiquer, à moins qu'elle ne s'accompagne de quelque complication grave ou qu'elle ne soit entretenue par un mauvais régime.

Abcès enkysté. — Injection de 150 *grammes de teinture iodée pure. — Guérison.* — Tout le monde sait le parti que les chirurgiens modernes ont su tirer de la teinture iodée pour oblitérer certaines cavités normales et anormales, dans l'intérieur desquelles il s'amasse une certaine quantité de sérosité. L'action de ce médicament précieux a été mise à profit dans ces derniers temps pour obtenir le recollement des parois de certains abcès enkystés. L'observation suivante vient confirmer les heureux résultats que l'on peut attendre de ce mode de traitement.

La nommée Noël (Joséphine-Antoinette), âgée de vingt-deux ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 9 avril. Cette femme, d'une forte constitution et qui a constamment joui d'une santé excellente, n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ six mois, elle reçut dans le sein droit un coup qui ne détermina aucun accident soit primitif, soit consécutif. Un mois après, elle reçut dans ce même sein un coup de coude, qui fut bientôt suivi de douleurs passagères, s'exaspérant par la pression. En même temps, le sein devint plus gros que celui du côté opposé. Ce ne fut d'abord qu'une petite tumeur dure, roulant sous les doigts ; mais son volume augmenta peu à peu, et, lorsque la malade entra à l'hôpital Saint-Louis, nous constatâmes l'état suivant : le sein droit est le siége d'une tumeur large, aplatie, occupant à peu près le milieu de l'organe ; la palpation ne détermine que des douleurs très-modérées et permet de constater que, dans son intérieur, il existe un liquide. Elle est, d'ailleurs, sans changement de couleur à la peau ; à la surface de cette dernière, on aperçoit quelques veines dilatées, surtout autour du mamelon, qui est légèrement déprimé.

Le 8 avril, M. Jobert, dans le but de s'assurer de la nature de cette tumeur, pratiqua une ponction exploratrice. Le liquide qui sortit par la canule du trocart était du pus de bonne nature. Dès lors, il ne pouvait plus y avoir le moindre doute ; il existait là un abcès enkysté. Le 11 avril, M. Jobert vida la poche à l'aide du trocart, et injecta dans son intérieur 150 grammes de teinture iodée pure, qui furent

laissés pendant quelques instants. Au moment où le liquide irritant pénétra dans le kyste, la malade éprouva une sensation de brûlure, qui persista pendant plusieurs heures après l'opération. Dès le lendemain, la poche est remplie d'un liquide qui se résorbe assez rapidement ; et, le 13 mai, la malade sort de l'hôpital ne présentant plus, dans le sein droit, qu'une petite tumeur indolente. Les douleurs lancinantes ont complétement disparu.

Le 13 juin de la même année, elle rentre de nouveau à l'hôpital. La tumeur du sein est revenue avec les mêmes caractères que la première fois. Le 17 juin, M. Jobert pratique une nouvelle ponction qui donne issue à un liquide qui, au premier abord, a l'apparence d'un sirop légèrement coloré, et qui se coagula par la chaleur. Immédiatement après l'évacuation de ce liquide, on injecte 150 grammes de teinture iodée pure. L'injection fut renouvelée deux fois.

Dès le lendemain la tumeur a repris le volume qu'elle avait avant l'opération. Les douleurs ont entièrement disparu, et la malade se trouve parfaitement bien. Les jours suivants, la tumeur diminue peu à peu de volume ; le liquide contenu dans son intérieur se résorbe. Le 4 juillet, la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie. On sent bien encore dans le sein une petite grosseur, mais évidemment elle est le résultat de l'agglutination des deux parois épaissies du kyste.

Cette observation n'est pas la seule dont nous ayons été témoin. M. Jobert a guéri par ce moyen un homme qui était affecté d'un abcès froid siégeant à la partie antérieure de la poitrine.

Pneumonie morbilleuse. Absence complète de phénomènes stéthoscopiques. — La pneumonie, chez les très-jeunes enfants, diffère singulièrement de la pneumonie des adultes, et par les symptômes qui la révèlent, et par les altérations anatomiques qui la constituent. On sait, en effet, que tandis que la pneumonie des adultes est presque invariablement lobaire, celle des très-jeunes enfants est, au contraire, à peu près toujours lobulaire, peut-être même constamment lobulaire à son début. Il arrive aussi quelquefois que la pneumonie, dans la première enfance, ne se révèle que par des symptômes généraux, la fièvre, l'oppression, l'agitation des ailes du nez, le sillon costo-abdominal péripneumonique, et que les phénomènes stéthoscopiques manquent pour la plupart, ou même complétement. L'observation qui suit est un exemple d'une anomalie de ce genre.

On amène à l'hôpital Necker un enfant de quatre mois, bien développé, atteint, ainsi que sa mère, de rougeole assez confluente. Il

avait, depuis quelque temps, des quintes de coqueluche peu fortes d'ailleurs et peu fréquentes. La rougeole marcha régulièrement sans s'accompagner d'aucun phénomène insolite; mais le huitième jour de la maladie, et avant que l'éruption eût complétement disparu, il survint une fièvre très-vive avec violente diarrhée. La respiration était fréquente et un peu difficile, le pouls vif, la peau chaude, la toux moindre que les jours précédents. On crut d'abord à une pneumonie; mais l'auscultation n'ayant permis de constater aucun râle quel qu'il fût, ni aucun autre phénomène insolite, et la diarrhée étant d'une grande violence, on pensa que la fièvre était symptomatique d'une entérite.

Le lendemain, l'oppression était plus forte, l'agitation des ailes du nez considérable, le sillon péripneumonique costo-abdominal très-prononcé, la fièvre toujours très-vive et la diarrhée moindre. A ces symptômes généraux, il était impossible de méconnaître une pneumonie, et cependant les symptômes locaux manquaient encore complétement. C'est à peine si de temps en temps on entendait quelques bulles très-rares de râle sous-crépitant, peu caractérisé d'ailleurs. Pas de souffle, pas de matité à la percussion. Un peu de faiblesse du bruit respiratoire.

Les jours suivants, malgré l'application de larges vésicatoires à la partie postérieure de la poitrine, l'usage régulièrement continué de l'antimoine, les accidents généraux firent de rapides progrès, sans que les signes stéthoscopiques se prononçassent davantage. L'enfant succomba le septième jour depuis le début des accidents.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. — On ne constatait pas la moindre trace de tubercules. Engorgement inflammatoire des ganglions bronchiques, sans dégénérescence de leur tissu. Dans les deux lobes supérieurs, quelques points atteints de pneumonie au deuxième degré. Dans le lobe moyen, pneumonie marginale. Dans les deux lobes inférieurs, pneumonie lobulaire généralisée et granuleuse, sans foyers purulents, sans dilatation anormale des bronches. La teinte des parties affectées de péripneumonie était, en général, à peine foncée. Ces parties, d'ailleurs, précipitaient toutes au fond de l'eau, ce qui n'avait lieu pour aucune autre portion des poumons.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMPUTATIONS (*D'un nouveau mode de pansement dans les*). L'ingénieux auteur de la méthode *amovo-inamovible*, pour le traitement des fractures, a fait une heureuse application de ce système de déligation

au pansement des plaies résultant des grandes amputations. Voici en quels termes un chirurgien belge décrit ce mode de pansement qu'il a appliqué dans un cas d'amputation de la cuisse, d'après les conseils de M. Seutin. Il s'agissait d'une amputation pratiquée à la partie inférieure de la cuisse pour une inflammation suppurative de l'articulation du genou, compliquée de fusées purulentes s'étendant jusque dans les interstices des muscles de la cuisse. Malgré l'état défavorable des tissus, malgré l'étendue des clapiers qui envahissaient la moitié de la cuisse, M. Seutin, convaincu des dangers presque toujours mortels des amputations pratiquées à la partie supérieure du membre, engagea fortement à faire l'opération le plus bas possible, comptant beaucoup sur le mode de pansement dont il s'agit, qui fut pratiqué ainsi qu'il suit :

Un aide fut chargé de rapprocher transversalement les lèvres de la plaie et d'exercer une légère traction d'arrière en avant, pendant que M. Seutin faisait l'application d'une bande roulée de haut en bas de la cuisse, dans le but de paralyser l'action musculaire, de rapprocher les parois des clapiers, et de favoriser ainsi l'expulsion du pus. Deux bandelettes, légèrement amidonnées, furent appliquées en guise de bandelettes agglutinatives, pour réunir les lèvres de la plaie; elles furent fixées sur la première bande, de manière qu'on pût les enlever sans déranger celle-ci. Une plaque de carton, légèrement mouillée et amidonnée, garnie de taffetas ciré, et doublée d'une plaque mince de plomb de même grandeur, fut placée à la partie postérieure de la cuisse, puis une attelle en carton à la partie antérieure, en laissant entre leurs bords latéraux un intervalle d'un pouce, pour permettre aux ciseaux de passer, si plus tard on jugeait la section du bandage nécessaire. Ces pièces, convenablement garnies de linge, furent fixées au moyen de bandes roulées et amidonnées. Une troisième attelle en carton, plus longue, et en forme de gouttière, fut également appliquée à la partie postérieure; elle s'étendait en haut jusqu'au-dessous de la fesse pour maintenir l'immobilité de l'articulation coxo-fémorale; en bas, elle dépassait d'un pouce et demi le niveau de la plaie, pour garantir celle-ci des chocs extérieurs; une bande roulée, terminée par le spica de l'aine, fixait cette pièce de carton.

Cette partie du pansement est destinée à rester en permanence, à moins qu'il ne survienne des accidents, tels qu'abcès, fusées, etc. Dans ce cas, on ouvre le bandage de chaque côté. Le reste du pansement doit être renouvelé chaque jour ; il consiste dans l'application, sur l'extrémité du moignon, d'un linge criblé et cératé qui le recouvre en entier ; d'un plumasseau de charpie, d'étoupes, et d'une compresse fixée par une bande.

Ce mode de pansement, par l'immobilité qu'il procure au moignon, paraît diminuer les douleurs qu'éprouvent ordinairement les amputés, et qui ne sont dues qu'aux mouvements que l'on fait exécuter au membre. Il rend les pansements plus faciles et plus courts pour le chirurgien, en même temps que moins douloureux pour le blessé. En effet, il suffit d'enlever une seule bande pour mettre la plaie à découvert. Tous les soins qu'exige l'état de cette plaie peuvent lui être donnés sans qu'il s'opère des mouvements dans le moignon. Il résulte également de cette facilité, que la plaie reste bien moins longtemps exposée au contact si pernicieux de l'air, à l'action duquel on s'oppose, en partie, en enduisant d'une couche d'amidon toute la surface de l'appareil qui recouvre le moignon. Si l'on veut examiner ce dernier en entier, il suffit d'inciser le bandage pour en ouvrir les valves l'une après l'autre. L'examen du moignon terminé, quelques tours de bandes amidonnées suffisent pour rendre à l'appareil toute sa solidité.

Ce mode de déligation agit efficacement pour combattre la tendance à la conicité du moignon et à la nécrose de l'os, en maintenant les parties exactement dans les rapports qui leur ont été donnés lors du premier pansement. Enfin, un des avantages les plus importants qui sont attribués à cette méthode, c'est de pouvoir placer le membre dans la position la plus favorable à l'écoulement du pus.

Chez le malade auquel a été appliqué ce mode de pansement, la cicatrisation s'est faite avec un bonheur inespéré, vu les conditions fâcheuses dans lesquelles il se trouvait. (*Archives de médecine militaire.*)

ATROPINE (*Emploi de l'*) *dans les affections douloureuses de la face.* Une dame éprouvait dans le côté droit de la face et du front, et spécialement autour de l'orbite, un froid intense, accompagné d'une vive douleur. La sensation de froid disparut, mais la douleur persista, malgré l'usage de fomentations chaudes et des remèdes les plus usités en pareil cas. M. Brookes eut recours alors à une pommade composée de : atropine, 5 grains ; axonge, 3 gros ; essence de roses, une goutte. On fit trois onctions par jour avec gros comme un pois de cette pommade. Dès la seconde application, la douleur diminua, mais elle revint la nuit suivante avec plus de violence qu'auparavant. La médication fut continuée, et au bout de deux jours la douleur avait entièrement disparu. La guérison datait de plusieurs semaines quand le fait a été publié. (*The Lancet*, et *Gaz. médic.*, mai 1848.)

BLÉ (*Des accidents toxiques qui peuvent résulter du mélange de la nielle dans le*). D'après un pharmacien distingué, M. Malapert, il résulterait que la présence de la nielle dans le blé peut non-seulement nuire à la santé des personnes qui mangent du pain fait avec la farine de ces deux graines, mais encore produire des accidents mortels. Le principe toxique de la nielle serait la saponine, principe immédiat, qui, suivant M. Malapert, se rencontre dans plusieurs espèces de fourrages et peut gravement altérer la santé des animaux. C'est une grave question d'hygiène que soulève M. Malapert, car dans plusieurs contrées de la France la nielle se trouve fréquemment mêlée avec le blé, soit fortuitement, soit par une coupable négligence, sinon un calcul de la part des agriculteurs ; aussi appelons-nous les recherches des toxicologistes sur ce point intéressant. (*Journ. de chim. méd.*, juin 1848.)

CHLOROFORME. *Son emploi contre l'odontalgie.* Ce nouveau remède contre le mal de dents est tout simplement une solution de résine-copal dans du chloroforme. On imprègne un morceau de coton de cette solution, que l'on place dans la cavité de la carie. Le chloroforme, absorbé rapidement, calme la douleur, et la résine-copal maintient, par ses qualités adhésives, le morceau de coton dans la cavité dentaire.

CORPS ÉTRANGERS *dans l'articulation du genou. Trituration sur place à l'aide de la méthode sous-cutanée.* Un jeune homme de vingt-quatre ans éprouva, vers le 15 décembre dernier, une douleur vive dans le genou droit, douleur qui s'exaspérait dans la marche, mais qui ne dura que quelques jours. Un mois après, même douleur ; le malade, en portant la main sur son genou, y sent une boule de la grosseur d'une petite noix environ. A dater de ce moment, la marche et la station verticale deviennent insupportables ; le genou est considérablement gonflé, rouge et chaud. Après quinze jours consécutifs de repos au lit, et d'un traitement topique sans résultat, le malade entre à l'hôpital, où M. Velpeau constate une hydarthrose, avec état inflammatoire bien caractérisé de l'articulation, plus la présence dans le sillon qui sépare la rotule du condyle interne du fémur, un corps étranger, mobile, ayant la forme et le volume d'un marron.

Malgré l'extrême gravité qui accompagne souvent l'extraction des corps étrangers des articulations, M. Velpeau crut devoir se déterminer pour cette opération, la seule capable de débarrasser ce malade des douleurs auxquelles il était en proie ; mais une circonstance particulière, qui ne put être constatée que dans le cours même de l'opération, lui ayant démontré l'impossibilité d'effectuer l'extraction de ce corps étranger, M. Velpeau a eu l'heureuse idée d'en opérer la trituration sur place. Cette opération, dont le succès a été complet, est trop importante pour que nous ne croyions pas devoir la reproduire dans tous ses détails.

Le malade ayant été préalablement placé dans les meilleures conditions possibles, l'inflammation combattue et les douleurs dissipées par un traitement topique approprié, le professeur fit une ponction à la peau, à 8 centimètres environ en dedans et au-dessus de la rotule, avec une lance montée sur une tige longue et étroite. La jambe était étendue sur la cuisse. Le fer de lance arrivé jusqu'à la capsule, celle-ci fut ouverte dans une largeur suffisante pour le passage du corps étranger. Puis un aide fixant et comprimant le corps étranger de manière à faire saillir

son pédicule, l'opérateur s'efforce, toujours avec le fer de lance, de couper ce pédicule, afin de pousser ensuite au dehors le corps étranger. Mais il lui impossible, même après des efforts de section et d'expulsion réitérés, de le faire sortir de la capsule. Après avoir vainement essayé de nouveau de détacher le corps étranger de son point d'insertion au moyen d'une érigne, M. Velpeau finit par y renoncer, et se décida alors à broyer et à détruire ce corps sur place. Pour cela, tandis que d'une main il continuait de le tenir avec l'érigne, de l'autre main il se mit à le labourer et à le déchirer en tous sens avec le fer de la lance, ne s'arrêtant que quand il le crut à peu près complétement trituré. Les deux instruments furent alors retirés; l'érigne avait attiré hors de l'articulation la plus grande partie des lambeaux du corps étranger, et les avait laissés au milieu des tissus environnants. Le pédicule était resté dans la capsule, mais il avait été assez morcelé pour qu'on fût en droit d'espérer sa résorption complète, aussi bien que celle des débris du corps étranger qui pouvaient y rester encore attachés. L'orifice de la plaie fut exactement fermé avec un morceau de taffetas gommé; puis on établit une compression entre la capsule et le tissu cellulaire où se trouvaient les fragments du corps étranger. Le but de l'opérateur était d'isoler ainsi la capsule de ce qui pouvait être un foyer d'infection. Le genou fut ensuite recouvert de compresses et de tours de bande médiocrement serrés, et le malade reporté dans son lit, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse. Après un séjour de trente-cinq jours à l'hôpital, le malade sort dans l'état suivant : le genou est parfaitement normal, tant sous le rapport de son aspect physique que sous le rapport de ses fonctions physiologiques; la palpation ne laissait plus percevoir la moindre trace de corps étranger. La résorption en avait fait disparaître jusqu'aux derniers vestiges.

C'est là une heureuse application de la méthode sous-cutanée, qui a déjà rendu plus d'un service de ce genre; services dont on appréciera l'importance si l'on songe à l'extrême gravité des opérations pratiquées d'après les anciennes méthodes ou à ciel ouvert dans les grandes articulations. (*Union méd.*, juin 1848.)

EAU *de la Marne* (*Composition chimique de l'*). Une observation qui ne manquerait pas d'importance sous le rapport de l'hygiène publique, si elle était confirmée par des expériences multipliées, c'est que l'eau des fleuves et des rivières varie dans sa composition à différentes époques. Ainsi, dans une analyse faite par M. Lassaigne sur l'eau de la Marne recueillie, en amont du pont de Charenton, au mois de juillet 1831, ce chimiste a trouvé 0 gramme 140 de sels fixes par litre d'eau; tandis que dans une analyse récente MM. Henry et Boutron-Charlard ont trouvé les mêmes sels dans la proportion de 0 gramme 511. Cette différence est évidemment trop considérable pour être attribuée à une erreur d'analyse; il faut donc admettre que la composition n'était pas la même en juillet 1831 qu'au commencement de 1848.

Peut-être si des analyses rigoureuses étaient faites à différentes époques et pendant plusieurs années, à des hauteurs différentes du même fleuve, serait-il possible de déterminer les causes qui font ainsi varier la composition de l'eau; l'on rechercherait en même temps l'influence que ces variations exercent sur la santé des habitants riverains. C'est là, on le voit, un sujet digne des études de tous les chimistes et des médecins, et qui ne manquerait pas de faire honneur à ceux qui voudraient s'y consacrer. (*Journ. de Chim. méd.*, juin 1848.)

ÉRYSIPÈLE *des nouveau-nés. Traitement par la belladone.* Tout le monde sait, depuis surtout le remarquable travail dans lequel M. le professeur Trousseau a de nouveau appelé l'attention des praticiens sur ce sujet, combien est grave l'érysipèle qui atteint les enfants dans les premiers mois de leur existence. Ayant affaire à un cas de cette nature, M. le docteur Yvaren, d'Avignon, crut devoir recourir, en désespoir de cause, à un agent thérapeutique dont l'emploi était inusité jusqu'à présent dans cette circonstance, à la belladone. Il s'agissait d'une enfant de neuf jours, atteinte d'un érysipèle qui, après avoir débuté sur la partie postérieure du tronc, avait successivement envahi toute la surface du corps. La scène s'était ouverte par deux accès de fièvre, se déclarant tous les deux dans l'après-midi. L'é-

rysipèle se manifesta le troisième jour; dès le début, l'étendue et l'intensité de l'exanthème, le développement énorme et l'endurcissement extrême du tissu cellulaire sous-jacent, la froideur des mains, la petitesse et la rapidité du pouls, firent craindre une issue promptement funeste. L'état de la petite malade fut encore plus grave le lendemain, où se manifestèrent des vomissements, suivis d'un refroidissement général, avec sécheresse de la peau, pouls filiforme, à 180, etc. Le surlendemain, nouvelle exacerbation dans les symptômes locaux de l'érysipèle, avec de nouveaux troubles dans les fonctions générales. Bref, l'intensité de l'érysipèle et les accidents qu'il produisit furent tels que, deux fois, l'on crut être à la veille de voir expirer la petite malade. Voici quel est le traitement que prescrivit M. Yvaren :

Le premier jour de l'invasion de l'érysipèle, larges onctions d'heure en heure, avec de la graisse blanche; le deuxième jour, solution d'une goutte de teinture alcoolique de belladone dans 100 gramm. d'eau sucrée, à prendre par cuillerée, d'heure en heure. Cette prescription, continuée les jours suivants, fut portée le septième jour à la dose de 2 gouttes. Après quarante-cinq jours, durant lesquels l'érysipèle se promena sur toutes les parties du corps de l'enfant, la maladie se termina d'une manière heureuse.

L'idée de recourir à l'emploi de la belladone avait été inspirée à l'auteur par la propriété dont jouit cette substance de déterminer fréquemment à la peau une rougeur vive, scarlatiniforme, érysipélateuse, ce qui l'avait conduit à penser qu'elle pourrait agir à la manière des médications substitutives. Quoi qu'il en soit de cette interprétation hypothétique du mode d'action de la belladone en pareil cas, qu'il nous suffise de dire que M. Yvaren avait cru reconnaître déjà dans plusieurs cas analogues, mais moins graves, que la belladone avait abrégé la durée moyenne de l'érysipèle.

Jusqu'à quel point faut-il attribuer la guérison, dans ce cas, à l'emploi de ce médicament ? C'est ce que nous ne saurions décider d'après ce seul fait; mais il nous paraît néanmoins digne de fixer l'attention des praticiens.

Nous rappelons à cette occasion que, tout récemment, M. Dubois (de Neufchâtel) a publié trois observations d'érysipèle gangréneux chez des nouveau-nés, dont l'un fut traité avec succès, d'après l'indication d'un médecin allemand, par les frictions mercurielles secondées par l'administration à l'intérieur du calomel. Bien que cette dernière méthode ait pour elle la sanction de plusieurs praticiens recommandables, nous croyons que les mêmes réserves doivent être faites à son égard, jusqu'à ce que des faits plus nombreux viennent confirmer la réalité de ses bons effets. (*Revue médico-chirurgicale*, mai 1848.)

FIÈVRE *intermittente pernicieuse* (*De la*) *chez les enfants à la mamelle, et de son traitement.* Pratiquant la médecine dans une contrée qui se trouve placée sous l'influence d'une constitution paludéenne, à Alger, M. le docteur Sémanas a eu de fréquentes occasions d'observer chez les enfants à la mamelle une fièvre intermittente pernicieuse, d'autant plus insidieuse, qu'elle se cache, le plus ordinairement, sous les traits des affections les plus communes de la première enfance, et qu'elle se confond souvent avec les accidents inhérents à la première dentition. Rien de plus simple en apparence, au premier abord, que le traitement de cette affection, dès qu'on en a reconnu la nature; mais rien de plus difficile, en réalité, si l'on tient compte des circonstances relatives à l'âge, aux conditions physiologiques particulières de la première enfance, aux fréquentes complications qui modifient la marche et l'aspect naturel de l'affection, et, enfin, des nombreuses difficultés que présente l'administration du sulfate de quinine chez les enfants à la mamelle. Nous pensons donc que les praticiens ne liront pas sans quelque intérêt quelques-unes des propositions que M. le docteur Sémanas a formulées dans un excellent Mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet, et qui résument ce qu'une expérience, déjà longue et étendue, lui a appris sur le meilleur mode de traitement de cette affection.

Le traitement des affections intermittentes pernicieuses de la première enfance repose sur deux grandes sources d'indications, l'indication spécifique procédant de l'élément paludéen, et les indications secon-

daires qui se déduisent de l'âge, de toutes les circonstances individuelles et de la nature des complications, et de la forme sous laquelle l'affection intermittente se manifeste.

Comme médication spécifique, le sulfate de quinine est constamment mis en usage par M. Sémanas; il l'administre en lavement et en pommade, rarement en potion, encore plus rarement en pilules. Règle générale, l'auteur est dans l'habitude de supprimer l'acide que beaucoup de pharmaciens ajoutent indistinctement dans toutes les préparations dont le sulfate de quinine forme la partie active. Des observations comparatives l'ont convaincu que l'addition acide était inutile dans tous les cas, et souvent nuisible. Il a fréquemment remarqué qu'une potion ou un lavement acidulés, à l'occasion desquels la tolérance s'étendait à grand'peine de quelques secondes à quelques minutes, devenait, au contraire, tout à fait supportable si l'on avait eu la précaution d'administrer le sel à l'état de suspension et non de dissolution. L'agent de suspension qu'il emploie habituellement et avec succès est tout simplement la gomme arabique. Chez les enfants en bas âge, l'addition acide est encore plus inopportune que chez les adultes.

Voici maintenant quels sont les modes d'administration et de préparation adoptés et préconisés par M. Sémanas.

Le lavement et la pommade au sulfate de quinine constituent les deux modes d'administration les plus efficaces du sulfate de quinine chez les enfants à la mamelle. Les lavements, pour être efficaces, devant, de toute nécessité, être tolérés pendant au moins quinze ou vingt minutes, M. Sémanas a cherché quel était le mélange le plus convenable, c'est-à-dire le plus inoffensif pour la muqueuse rectale. La préparation à laquelle il s'est arrêté, comme celle qui lui a paru avoir le plus de succès, est la suivante :

Pr. Quinquina jaune royal. 18 gramm.
F. S. A. une décoction de. 60 gramm.

Ajoutez :

Sulfate de quinine...... 5 décigr.
Poudre de gomme arabique.............. Q. S.
M.

Les lavements spécifiques doivent être multipliés, suivant les cas, de manière à s'assurer qu'ils sont tolérés, et que l'absorption s'en est faite en temps opportun. En admettant que chaque lavement soit conservé le temps voulu, c'est-à-dire de quinze à vingt minutes au moins, la distance à observer d'une administration à l'autre, pour les fièvres pernicieuses d'intensité moyenne, doit être, suivant l'auteur, de cinq heures : soit quatre à cinq lavements dans les premières vingt-quatre heures, et la dose de 5 à 6 décigram. pour chaque lavement. Dans les fièvres pernicieuses avancées, ou d'intensité excessive, l'intervalle entre chaque lavement ne devra pas être de plus de trois heures : soit quatre lavements dans les premières douze heures, et la dose portée de 6 à 8, jusqu'à 10 décigr. pour chaque lavement. Dans l'un et l'autre cas, ces deux termes de vingt-quatre heures et de douze heures écoulés, M. Sémanas maintient ou diminue la distance des lavements et leurs doses, suivant la persistance ou la diminution des accidents.

La formule de la pommade au sulfate de quinine, adoptée par M. Sémanas, est de 10 décigrammes de sulfate pour 10 grammes d'axonge. Déposée, toutes les heures, par fractions du volume d'une grosse noisette, sous les aisselles et au pli de l'aine, elle suffit ordinairement pour enrayer, chez les enfants à la mamelle, les paroxysmes fébriles simples. Dans les fièvres avec caractère pernicieux, cette médication seule ne saurait suffire; mais elle devient alors un auxiliaire utile des lavements quinines. C'est assez dire que la pommade au sulfate de quinine n'occupe que le second rang, par ordre d'importance, dans la médication spécifique.

Quant aux médications accessoires ou complémentaires, telles que la médication révulsive, antiphlogistique, évacuante, antispasmodique, etc., voici, en quelques mots, les principes d'après lesquels M. Sémanas pense qu'on doit se guider dans leur emploi.

La médication révulsive, ou plutôt irritante externe, est surtout utile et d'une grande efficacité dans tous les cas d'assoupissement prononcé, qu'il y ait ou non congestion céphalique. Dans les cas d'assoupissement, avec congestion manifeste, il convient de recourir aux applications de sangsues.

La médication évacuante doit être proscrite d'une manière absolue au

début et pendant la durée de l'affection dont il s'agit; elle peut être utile, au contraire, dans la convalescence, pour rétablir l'état normal des fonctions digestives. Toutefois, cette médication prédisposant aux rechutes, on ne doit en user qu'avec une grande réserve.

La médication antispasmodique est indiquée dans les fièvres pernicieuses où domine la forme perturbatrice des fonctions nerveuses.

La médication tonique, enfin, est éminemment indiquée, surtout chez les sujets pâles, étiolés et d'une constitution faible et languissante. (*De la fièvre pernicieuse chez les enfants à la mamelle, etc.*, in-8, 1848.)

GRANULATIONS DU COL UTÉRIN. — *Nouveau procédé de cautérisation.* On connaît l'heureuse et ingénieuse application que M. le docteur Filhos a faite du caustique de Vienne solidifié, à la cautérisation du col de l'utérus. Toutefois, bien que les avantages de ce procédé aient été généralement appréciés, et qu'il ait paru à la plupart des praticiens laisser peu de chose à désirer, voici venir un procédé nouveau imaginé dans le même but par un médecin belge, M. le docteur Thiry. Soit que M. Thiry n'ait point eu connaissance du procédé de M. Filhos (ce qui paraît l'hypothèse la plus probable, puisqu'il n'en dit pas un mot), soit que les précautions qu'exige le procédé de M. Filhos, pour préserver les parties voisines de l'action du caustique, aient été à ses yeux un inconvénient auquel il ait voulu obvier, toujours est-il que le procédé du médecin belge a spécialement pour objet d'utiliser la propriété qu'a le caustique de Vienne d'agir instantanément, et de limiter presque mathématiquement son action, tout en prévenant l'inconvénient qui résulte de la facilité avec laquelle il fuse en traînées escarrotiques. Voici le mode d'application qu'il a imaginé à cet effet.

M. Thiry se sert d'un porte-caustique, dont l'une des principales propriétés est de limiter l'étendue et l'épaisseur de l'escarre, et d'empêcher toute fusée escarrotique sur les parties saines, voisines du siége du mal. Cet instrument, qu'il nomme porte-caustique objectif du col utérin, consiste en une tige de 8 à 10 pouces de longueur, surmontée d'un plateau circulaire d'un pouce de diamètre, quelquefois plus, quelquefois moins, suivant les dimensions du col utérin. Ce plateau circulaire, qui coïncide exactement avec l'ouverture utérine du spéculum, est entouré d'un rebord de 2 à 3 lignes de hauteur. Le tout est en étain ou en acier. M. Thiry a déjà fait deux fois l'application de cet instrument dans sa clinique. La première fois, pour combattre un chancre phagédénique rebelle, siégeant au col utérin. La deuxième fois, pour détruire des granulations chroniques qui occupaient le même organe. Le succès de cette opération a été complet, et il a suffi, dit l'auteur, de pansements très-simples pour amener une entière cicatrisation.

Voici comment il procède pour cette application :

Le spéculum étant introduit de manière à embrasser et à mettre à découvert toute la partie malade, on le confie à un aide, qui a toujours soin de le maintenir immobile contre le col utérin, au moyen d'un léger mouvement de propulsion dans le sens de la direction du col. Après avoir nettoyé la partie malade, on introduit dans le spéculum et on applique sur le col utérin le porte-caustique objectif, qui en embrasse toute l'étendue, et qui est chargé d'une couche de pâte caustique proportionnée en largeur et en épaisseur à l'effet qu'on veut obtenir. On maintient de la sorte le porte-caustique, appliqué pendant tout le temps nécessaire à la production de l'escarre. Dix à quinze minutes suffisent ordinairement; après quoi, on retire l'instrument, sans déranger, toutefois, le spéculum. On fait ensuite de nombreuses injections, pour enlever jusqu'aux moindres atomes du caustique; on interpose enfin un bourdonnet d'ouate ou de charpie, et l'opération est terminée.

Par ce procédé, il n'y a jamais que le col utérin qui peut être atteint par l'action destructive du caustique, action que l'on peut porter aussi profondément, aussi superficiellement que l'on veut. Si des débris de caustique se détachaient pendant l'opération, ils tomberaient forcément dans le spéculum, qui garantit les parties adjacentes. Il n'y a point à craindre que l'hémorrhagie entrave l'action escarrotique de l'agent médicamenteux; car elle ne peut se faire que par la circonférence du col, vu que son centre et

toute sa partie malade sont comprimés par la plaque métallique. Aussi M. Thiry ne retire-t-il jamais l'instrument, lors même que, pendant l'opération, il y aurait une légère hémorrhagie.

Inutile d'ajouter qu'on peut, avec ce procédé, revenir plusieurs fois à la cautérisation du col utérin, si les circonstances l'exigent. (*Progrès médical belge*, juin 1848.)

GROSSESSE (*Trombus de la vulve compliquant l'état de*). *Indications curatives*. Les tumeurs sanguines des parties génitales de la femme peuvent survenir au début de la grossesse ou vers les derniers mois, ou bien enfin être consécutives au travail de l'accouchement. La conduite du chirurgien doit varier, on le comprend, dans ces circonstances ; s'il peut temporiser lorsque la collection sanguine se produit dans les premiers temps de la gestation, il n'en est plus de même lorsque la femme se trouve à une époque rapprochée de l'accouchement. Dans ces cas, toutes les fois que la tumeur est assez volumineuse pour s'opposer à l'ampliation de la vulve et gêner la sortie de l'enfant, ou pour laisser des craintes de voir sa rupture arriver pendant le travail et donner des embarras redoutables par l'hémorrhagie, qui souvent est considérable, il y a lieu de ne pas temporiser et de recourir à l'incision de la tumeur, que l'on comprime ensuite.

Une femme de plus de trente ans, enceinte de son sixième enfant, présentait, en dehors de la grande lèvre droite, une tumeur sanguine du volume du poing. Cette tumeur gênait considérablement la marche; comme cette femme était au neuvième mois de sa grossesse, M. Navas, dans la crainte de voir se produire l'un des accidents que nous avons signalés plus haut, fit sur le point le plus saillant de la tumeur une ponction, qui donna lieu à une hémorrhagie très-abondante. Lorsque la tumeur fut réduite de moitié, on appliqua sur l'ouverture des rondelles d'amadou soutenues par un bandage compressif. L'épanchement ne se reproduisit point, et l'accouchement se fit sans aucune difficulté, bien que la femme mît au monde deux jumeaux. (*La Union*, 1er trimestre **1848**.)

HERNIE OMBILICALE *volumineuse, irréductible depuis quarante ans, opérée le sixième jour de l'étranglement. Guérison*. Le fait suivant est intéressant à plus d'un titre; il l'est surtout comme exemple rare de succès, à la suite d'une opération des plus graves, faite dans les conditions les plus défavorables. Une femme, âgée de soixante-six ans, portait, depuis quarante ans, une hernie ombilicale, dont la réduction n'avait jamais pu être opérée d'une manière complète. Un jour, pendant un effort de toux, la hernie devient plus volumineuse qu'à l'ordinaire, et la malade y éprouve une vive douleur. Aussitôt se manifestèrent les premiers symptômes de l'étranglement : vomissements de matières alimentaires, d'abord, puis de matières muqueuses et bilieuses, et enfin de matières fécales. Il y avait six jours que la malade était dans cet état, lorsque M. Hervez de Chégoin la vit pour la première fois. Elle était pâle, son pouls était petit, fréquent, la peau humide et froide, le ventre était ballonné. La hernie, dont le volume alors dépassait la grosseur du poing, était dure, arrondie, et très-saillante à sa partie supérieure; la peau qui la recouvrait était tendue, luisante, mince, presque noire. La partie inférieure de la tumeur était aplatie, diffuse; la peau plus épaisse et rosée. On avait essayé le taxis, et l'on s'était borné ensuite à l'application de cataplasmes émollients. Malgré le peu de chances de succès, M. Hervez de Chégoin se décida à l'opération.

Après avoir disséqué, non sans quelque peine, les quatre lambeaux d'une grande incision cruciale, il trouva un sac herniaire bien distinct, qu'il incisa dans toute son étendue, avec les précautions accoutumées. L'épiploon se présenta le premier, formant une masse considérable, ecchymosée, noirâtre, qu'il fallut exciser par parties, en la développant avec soin, pour arriver au siége de l'étranglement. La quantité d'épiploon excisée se trouva plus grande qu'on ne l'aurait cru à l'aspect extérieur de la tumeur, parce que la portion aplatie et diffuse, quoique toujours renfermée dans son sac, était beaucoup plus étendue qu'elle ne paraissait. Cette masse épiploïque, que n'auraient pu contenir les deux mains réunies, n'exigea pas une seule ligature. On put voir alors une anse complète d'intestins d'un rouge

brun, mais ferme, et qui ne présentait aucune apparence de gangrène. L'opérateur débrida à gauche et en haut, avec un bistouri qui offre, à quelques lignes de diamètre de son extrémité aplatie et mousse, une rainure de deux lignes de diamètre, tranchante dans son fond, dans laquelle on engage le bord de l'anneau, qui se trouve ainsi divisé, sans la moindre crainte de blesser les parties voisines. C'était par l'anneau ombilical que le déplacement avait lieu, et c'était le côlon qui faisait hernie. La réduction fut facile après le débridement; il resta en dehors une portion d'épiploon de plusieurs pouces d'épaisseur; les lambeaux de l'incision cruciale furent abaissés de manière à laisser libre la partie moyenne de la plaie, sur laquelle on étendit un linge fenêtré, recouvert de charpie. Les vomissements cessèrent immédiatement, et, deux heures après l'opération, il survint des selles jaunâtres, abondantes, et qui se multiplièrent tellement dans la soirée et le lendemain, que l'affaissement devint extrême, et que la mort parut imminente. Une potion opiacée tempéra les accidents; le pouls se releva, et à dater du troisième jour, malgré un peu de diarrhée et une bronchite fatigante, la malade se rétablit par degrés. Elle était tout à fait convalescente le quinzième jour, époque à laquelle se détacha la portion d'épiploon laissée dans la plaie.

Le succès de cette opération, pratiquée aussi longtemps après l'étranglement, et malgré la gravité des symptômes, peut encourager à la tenter encore dans les mêmes circonstances. (*Gazette des hôpitaux*, juin 1848.)

HUILE DE FOIE DE MORUE. *Ses bons effets dans le traitement des maladies scrofuleuses chroniques de la peau.* Les heureux résultats obtenus dans le traitement des maladies scrofuleuses par la plupart des auteurs qui ont étudié les effets thérapeutiques de l'huile de foie de morue, ont conduit le docteur Hughes Bennett à essayer ce moyen dans quelques affections chroniques de la peau qui paraissent coïncider avec ce qu'on est convenu d'appeler constitutions scrofuleuses. L'eczéma chronique et l'eczéma impétigiuodes sont de ce nombre. M. Bennett dit avoir employé avec succès, dans ce cas, l'huile de foie de morue administrée à l'intérieur. Il y ajoute seulement des lotions alcalines (8 grammes de sous-carbonate de soude par pinte et demie d'eau). Une condition essentielle de ce traitement, ajoute M. Bennett, c'est de maintenir constamment les surfaces malades imprégnées de la solution alcaline, au moyen de linges trempés dans cette solution, et recouverts par de la soie huilée. Mais l'application la plus curieuse qu'ait faite M. Bennett de l'huile de foie de morue au traitement des maladies de la peau, c'est celle qu'il en a faite au traitement du *favus*, affection associée si fréquemment à la scrofule, et développée sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables. M. Bennett prescrit dans ces cas le traitement suivant : à l'intérieur, l'huile de foie de morue aux doses ordinaires; à l'extérieur, d'abord des cataplasmes pendant plusieurs jours, afin de détacher les croûtes; ensuite, les croûtes détachées, des onctions matin et soir sur toute la tête avec un pinceau mou imprégné de foie de morue; la tête est enveloppée continuellement dans un serre-tête huilé qui s'oppose à l'évaporation et à l'accès de l'air. Lorsque l'huile, en s'accumulant, s'est épaissie, on nettoie avec soin toutes les surfaces malades avec du savon et une éponge douce. La durée du traitement par l'huile de foie de morue est environ de six semaines, bien au-dessous par conséquent de la durée du traitement des frères Mahon à l'hôpital Saint-Louis. (Bennett, *On cod Liver oil.* Edinburgh, 1848.)

LUXATION *du pouce, réduite à l'aide d'une clef.* Nous avons fait connaître, dans un de nos précédents numéros, l'instrument ingénieux à l'aide duquel M. Blandin est parvenu à réduire avec une grande facilité une luxation de la première phalange du pouce. Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher du fait de M. Blandin le fait suivant, rapporté par M. le docteur Alahoissette, dans lequel la réduction d'une luxation semblable aurait été obtenue à l'aide d'un instrument beaucoup plus simple, et que tout chirurgien peut avoir instantanément sous la main, une clef. Voici le fait de M. Alahoissette.

Un ouvrier, âgé de vingt-huit ans, d'une forte constitution, se présenta à ce médecin avec une luxation du

pouce en arrière, dans l'articulation *métacarpo-phalangienne*. La déformation était tellement considérable, que le pouce était presque perpendiculairement planté sur le milieu de la face dorsale du métacarpien. On sentait très-facilement la surface articulaire du métacarpien au-devant de l'éminence thénar. M. Alaboissette essaya, pendant plus d'une heure, tous les moyens de traction imaginables, soit avec les mains, soit avec les lacs, sans obtenir le moindre résultat. Ce fut alors que, se rappelant un procédé indiqué dans quelques Traités de chirurgie, il prit une clef ayant un anneau assez grand; il passa le pouce dans l'anneau, la tige de la clef étant perpendiculaire à la face externe du pouce; la partie supérieure de l'anneau portant sur l'extrémité supérieure et dorsale de la phalange, la partie inférieure de l'anneau sur l'extrémité inférieure et antérieure de la phalange, il saisit la tige de la clef de la main droite, et, faisant exécuter un mouvement de bascule tendant à exagérer le déplacement, tout en produisant l'extension, il ramena brusquement, au bout d'un instant, l'extrémité du pouce en avant, dans le sens de la flexion, et la réduction fut opérée. Huit jours après, il ne restait plus qu'un peu de gonflement de l'articulation, et le malade pouvait continuer son état de tisserand. (*Union méd.*, juin 1848.)

QUINOÏDINE. *Son emploi dans le traitement des fièvres intermittentes.* Quelques médecins allemands et hollandais ont attribué à la quinoïdine, sinon une supériorité d'action, au moins des effets aussi prompts et aussi sûrs que ceux du sulfate de quinine. Deux médecins belges, MM. Joseph Ossieur et René Vanoye, ont expérimenté à leur tour cette substance, et voici les résultats qu'ils ont obtenus:

Dans quinze cas observés par M. Ossieur, non-seulement la quinoïdine ne lui a pas fait défaut, mais encore il n'a eu à constater aucune récidive imputable à ce médicament. De plus, il ne lui est arrivé que trois fois de n'avoir pas coupé l'accès fébrile après l'administration de la première dose de quinoïdine; et encore dans un des cas où, à titre d'essai, il suspendit l'emploi du médicament après avoir échoué à prévenir l'accès qui devait suivre son emploi, l'accès suivant ne reparut pas, et la guérison se maintint. Au nombre des observations rapportées par M. Ossieur, il en est deux qui sont assez remarquables pour que nous les rappelions sommairement.

Le sujet de la première observation est un homme atteint depuis quelque temps de fièvre quarte, qu'on était parvenu à couper, mais qui ne tarda pas à reparaître sous le type quotidien, et qui redevint ensuite quarte, type sous lequel elle persista longtemps, s'accompagnant d'œdème et d'engorgement viscéraux. C'est dans ces circonstances fâcheuses que la quinoïdine fut administrée; elle coupa la fièvre sans retour, et le malade, grâce à un régime convenable et à l'usage de quelques substances amères, recouvra enfin la santé.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme affectée de fièvre larvée sous la forme d'une prosopalgie intermittente. La quinoïdine, administrée à la dose de 16 grains dans l'intervalle des accès, coupa ceux-ci après deux jours. La malade se trouvant si bien qu'elle crut pouvoir se dispenser de continuer l'usage du médicament, eut une récidive; administrée de nouveau et sous la même forme, la quinoïdine en fit prompte et bonne justice.

Les effets observés par M. Vanoye ne concordent pas entièrement avec les résultats obtenus par M. Ossieur; mais bien que moins satisfaisants sous certains rapports, ils le sont encore assez cependant pour être dignes de fixer l'attention des praticiens. Dans l'espace d'une dizaine de mois, M. Vanoye a employé la quinoïdine chez 53 malades. De ceux-ci, 9 étaient affectés de fièvre quotidienne, 33 de fièvre tierce, 7 de fièvre quarte, 2 de double tierce, 1 de céphalalgie et d'otalgie intermittente. Parmi ces malades, plusieurs avaient été traités antérieurement, de façon que l'affection intermittente actuelle pouvait être considérée comme ayant pris des racines profondes dans l'organisation.

Dans les 9 cas de fièvres quotidiennes, deux fois seulement les accès ne se sont plus montrés après le premier jour de l'emploi du médicament; quatre fois la fièvre a mis trois jours à disparaître; une fois quatre, une fois huit, et une fois treize jours.

Des 35 tierces, 13 n'ont plus paru après avoir commencé le traitement;

dans 8 cas il y a eu encore un accès; dans 5 deux, dans 5 trois, dans 2 quatre, dans 1 six et dans 1 huit.

Des 7 quartes, aucune n'a été guérie dès la première fois; dans 3 cas un accès a eu encore lieu, dans 2 trois, dans 1 cinq, et dans 1 les accès ont persisté avec tant d'opiniâtreté, que l'auteur a cru devoir remplacer le médicament par le sulfate de quinine, qui cependant n'est parvenu non plus à couper la fièvre qu'après trois ou quatre accès.

Des deux doubles tierces, une seule a pu être coupée par la quinoïdine; l'autre a persisté longtemps, et s'est transformée en fièvre quarte, qui n'a cédé qu'au quinquina en substance, associé au sel ammoniac.

La céphalalgie intermittente quotidienne a été suspendue après 2 jours de traitement pour trois fois vingt-quatre heures. Revenue après plus intense, on a eu recours au sel de quinine, mais sans plus de succès; elle n'a cédé qu'à la poudre de belladone.

L'otalgie intermittente n'a cédé ni à la quinoïdine, ni au sulfate de quinine.

En somme, dans ces 53 cas d'affections intermittentes, il n'y a que 4 cas qui se sont montrés rebelles à l'action de la quinoïdine. Mais si les propriétés curatives de cette substance se sont montrées à l'observation de M. Vanoye aussi constantes à peu près qu'elles avaient paru l'être à M. Ossieur, il n'en est pas tout à fait de même en ce qui concerne la promptitude de son action. Par le relevé des observations de M. Vanoye, on voit que non-seulement la quinoïdine est plus lente à agir que le sulfate de quinine, inconvénient qu'elle partage avec le quinquina même, mais encore que, dans certains cas, ses effets se font évidemment trop attendre, pour qu'on ne doive pas lui préférer le sel quinique, lorsqu'il y a urgence à agir.

En résumé, des faits qu'il a eu à observer M. Vanoye croit pouvoir conclure que là où il faut une action énergique et surtout prompte, il serait imprudent de délaisser le sulfate de quinine pour se servir de quelque autre substance que ce fût. Mais il n'hésite pas à affirmer avec M. Ossieur, que les effets de la quinoïdine, une fois obtenus, sont aussi sûrs que ceux du sulfate de quinine, et qu'ils sont même supérieurs en ce sens, qu'ils permettent moins à la maladie de récidiver.

Quant au mode d'emploi, M. Vanoye a trouvé que la quinoïdine agissait moins efficacement sous forme pilulaire que sous forme de teinture. La formule dont, après plusieurs tâtonnements, il se sert aussi volontiers, est la suivante :

Pr. Quinoïdine. . .	de 20 à 25 grains.
Acide sulfur. dilué.	Q. S. pour dissoudre.

Ajoutez :

Extrait gommeux d'opium. . . .	1/2 à 1 grain.
Vinaigre de vin. .	℥ 1/2.

A prendre par gouttes d'heure en heure, de manière à épuiser toute la dose entre deux accès.

Les résultats obtenus par MM. Ossieur et Vanoye sont de nature à encourager de nouvelles tentatives. (*Ann. de la Société méd. d'émul. de la Flandre occidentale*, mai 1848.)

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DES MÉDECINS PAR CHATEAUBRIAND.

Les lettres et la patrie viennent de faire une perte irréparable. M. de Chateaubriand n'est plus! Cette noble vieillesse qu'entourèrent le respect et l'admiration de tous, s'est éteinte le 5 de ce mois. Les quelques lignes qui suivent, écrites en 1801, prouvent qu'il mérite nos regrets. Cet éloge, hommage de sa reconnaissance envers une science qui venait de lui sauver la vie, est resté inédit jusqu'en ces derniers temps; en le lisant nous étions loin de penser que la mort de cet illustre écrivain viendrait si vite lui donner un intérêt d'actualité.

« L'art merveilleux qui vient au secours de la vie remonte à l'origine des sociétés. Il a même devancé le labourage, puisque la femme a porté des enfants avant qu'il y eût des moissons, et que le berceau de l'homme est chargé de douleurs. Le premier médecin qu'ait vu le monde a sans doute été quelque mère qui cherchait à soulager son enfant. La pitié et le génie étendirent ensuite la médecine à tous les hommes ; l'une découvre le malade, l'autre trouve le remède.

« On peut dire aussi qu'elle est fille de l'amitié et des héros. Le sauvage porte, dans les combats, le petit morceau de gomme qu'il doit appliquer sur la blessure d'un compagnon d'armes. Une feuille de néuufar lui sert de compresse ; pour bandages, il a des écorces de bouleau ; pour instrument, ses dents et ses doigts. Celui-là est un médecin bien habile, qui tire du fond de son âme tout son enseignement et toute son expérience. « Un « ami est la médecine du cœur », a dit la Sagesse.

« Nous voyons le même usage établi chez les patriarches et dans les siècles héroïques de la Grèce. Le nom même de *médecin*, emprunté du nom des *Mèdes*, rappelle cet antique Orient, si fameux par ses sages. Homère reconnaît quatre arts principaux, entre lesquels il nomme celui du médecin. Les fils des rois, les guerriers les plus renommés au siége de Troie, connaissaient les vertus des plantes. Patrocle, le plus doux des hommes, excellait à panser les blessures, et Achille était célèbre dans la science de Chiron.

« Quelquefois de belles princesses malheureuses fermaient les plaies des jeunes héros, dont elles étaient devenues les esclaves. On croyait que la médecine était descendue du ciel, et l'on disait qu'Apollon l'avait inventée lorsqu'il était pasteur chez Admète. Esculape est peut-être le seul dieu de la fable dont la raison pardonne les autels. Par une suite de ces mêmes idées qui attribuent quelque chose de divin à la médecine, les peuples chrétiens la remirent d'abord entre les mains des solitaires.

« On supposa que ceux qui guérissaient les âmes pouvaient aussi guérir les corps, et que l'ermite qui cueillait les baumes mystiques de la montagne de Sion connaissait aussi le dictame qui apaise les douleurs des mortels. Des vierges se consacrèrent à cet art qui donne une seconde fois la vie. On eût dit que, pour payer ce tribut de douleurs maternelles auxquelles leur virginité les avait dérobées, les femmes se vouaient à une autre sorte de maternité bien plus longue et bien plus douloureuse.

« Considérée sous tous les rapports, la classe des médecins ne saurait être trop respectée. C'est chez elle qu'on rencontre le véritable savoir et la véritable philosophie. Dans quelque lieu que vous soyez jeté, vous n'êtes pas seul, s'il s'y trouve un médecin. Les médecins ont fait des prodiges d'humanité. Ce sont les seuls hommes, avec les prêtres, qui se soient jamais sacrifiés dans les pestes publiques. Et quels philosophes ont plus honoré l'humanité qu'Hippocrate et Galien ?

« Cessons de ravaler une science admirable qui tient aux sentiments les plus nobles et les plus généreux ; chantée par Homère et Virgile, elle réclame tout ce qu'il y a de beau en souvenirs. Les études auxquelles elle oblige sont immenses ; elle nous donne une merveilleuse idée de nous-mêmes, puisque, pour connaître seulement notre édifice matériel, il faut connaître toute la nature. Hippocrate, par une expression sublime, appelle notre corps l'*effigie* de l'homme : on pourrait aussi le comparer à un palais, dont, après la fuite de l'âme, le médecin parcourt les galeries solitaires,

comme on visite les temples abandonnés que jadis une divinité remplissait de sa présence?

« Toutefois je n'ignore pas qu'on a fait un reproche très-grave aux médecins : on les a accusés d'athéisme; mais ce reproche me semble démenti par toute l'histoire. L'art qui demande le plus de raison et de sensibilité n'est point tombé dans le plus absurde et le plus froid des systèmes. Si le spectacle des douleurs humaines, trop souvent non méritées, a fait juger à la plupart des hommes qu'il devait y avoir un monde meilleur après celui-ci, les médecins n'ont-ils pas sans cesse sous les yeux cette grande preuve de notre immortalité?

« Enfin, dans tous les temps et dans tous les pays, les médecins les plus fameux ont été remarquables par leur piété. Hippocrate et Galien, dans les siècles antiques, Nienwentyt, Hervey, Boërhaave, Haller, dans les siècles modernes, en sont la preuve. On soutient que l'anatomie et l'habitude de ne voir que les opérations de la matière jettent les médecins dans l'incrédulité; mais il me paraît que ce spectacle devrait plutôt produire l'effet contraire. On sait que la merveilleuse structure des parties du corps humain a toujours été mise au nombre des causes finales les plus frappantes.

« Platon, Aristote, Cicéron, et une foule d'auteurs modernes ont écrit, à ce sujet, des choses admirables. S'il s'est donc trouvé un Lamétrie qui n'a vu dans l'homme que la matière, il s'est aussi rencontré un Galien qui y a découvert la Divinité.

« Cet excellent homme, saisi tout à coup d'admiration au milieu d'une analyse anatomique, laisse, pour ainsi dire, échapper le scalpel et, levant les bras vers le ciel, s'écrie : « O toi qui nous as faits! en composant un discours si saint, je crois chanter un véritable hymne à ta gloire. Je t'honore plus en découvrant la beauté de tes ouvrages, que si je te sacrifiais des hécatombes entières de taureaux et que je fisse fumer tes temples de l'encens des aromates les plus précieux. La véritable piété consiste à me connaître d'abord moi-même, ensuite à enseigner aux autres quelle est la grandeur de ta bonté, de ton pouvoir et de ta sagesse; ta bonté se montre dans l'égale distribution de tes présents, ayant réparti à chaque homme les organes qui lui sont nécessaires; ta sagesse se voit dans l'excellence de tes dons, et ta puissance dans l'exécution de tes desseins. »

Une autre mort, épisode le plus pénible et le plus touchant à la fois des tristes journées que nous venons de traverser, est celle de notre vénérable archevêque, M. Affre. Nous ne chercherons pas à apprécier l'acte sublime de dévouement qui a terminé la vie de ce pieux prélat. Nos paroles seraient au-dessous de ce que nous éprouvons. Jusqu'à ses derniers moments, il a montré la même simplicité qui avait précédé et accompagné son sacrifice. *Que mon sang soit le dernier versé !* tel a été son dernier vœu. Puisse-t-il être exaucé ! L'autopsie du saint martyr a été faite sous les yeux de MM. Cayol, Récamier et Amussat. La balle qui l'a tué avait pénétré dans le côté droit; puis, déviée de sa direction par la rencontre d'une vertèbre lombaire, elle est allée déchirer l'uretère et les vaisseaux du rein gauche. Le cas était, on le voit, au-dessus des ressources de l'art. Beaucoup de chirurgiens, d'accord avec les gens du monde, demeurent convaincus qu'il faut se hâter d'extraire les balles, et se livrent à des recherches qui ne sont pas sans dangers pour le blessé. Comme une paraplégie s'était manifestée chez

le prélat aussitôt sa blessure, les personnes qui l'entouraient étaient fort inquiètes de la présence de la balle; on fit une incision sur la plaie, on débrida, on arrivait jusqu'à la vertèbre, et il fut discuté si l'on devait aller plus loin. Presque tous les chirurgiens furent d'avis d'arrêter les recherches. L'autopsie a justifié la décision; car jamais on n'aurait songé à aller chercher la balle là où elle se trouvait, et on se serait exposé à faire des incisions profondes dans une région dangereuse.

L'aspect des hôpitaux, à la suite de ces journées, cent fois plus sanglantes que celles de février dernier, et même que celles de juillet 1830, offrait un spectacle navrant. Les services de médecine avaient été évacués; des traces de sang guidaient le visiteur vers les différentes salles dans lesquelles avaient été transportés des blessés. Les blessés de toutes les catégories étaient placés pêle-mêle; car, pour le médecin, il n'y a que des malades. Cependant il était facile de les classer. Les soldats de la ligne et de la garde mobile, soutenus par la conscience du devoir bien rempli, espéraient tous, quelque grave que fût leur blessure; le visage des insurgés était morne, et beaucoup le cachaient. Nous avons vu quelques-uns de ces derniers dans un état d'exaltation furieuse telle, qu'on a été obligé de leur mettre la camisole de force, et même d'employer la menace pour réprimer des tentatives de rébellion.

Une Commission de représentants est chargée de visiter les blessés dans les hôpitaux. Ce sont MM. Trousseau, Ménier, Ducoux, Gerdy, Lelut, Hacinet, David (d'Angers), Lebreton, Astouin, J. Simon. Ces messieurs ont parcouru tous les services. Nous avons aussi rencontré dans les hôpitaux une autre Commission nommée par le ministre de la guerre: elle se compose des inspecteurs généraux du service de santé de l'armée, MM. Bégin, Alquié et Pasquier.

Les journaux de Boulogne-sur-Mer avaient annoncé, il y a quelques jours, la mort d'une jeune fille, pendant qu'elle était soumise aux vapeurs du chloroforme; l'absence de détails précis devait nous imposer une grande réserve, car jamais nous n'avons été témoin du moindre accident, et nous avons assisté à plus de mille opérations depuis que l'on fait usage des vapeurs d'éther et de chloroforme dans les hôpitaux de Paris. Cependant voici deux cas nouveaux que nous ne saurions taire: l'un a eu lieu, pour ainsi dire, sous nos yeux, dans le service de M. Robert; et le second est rapporté par le *Medical Times* (17 juin), c'est celui d'un riche propriétaire des environs de Londres, qui était venu se faire extraire une dent par l'habile dentiste de Londres, M. Robinson, qui s'est beaucoup occupé de l'éthérisation. La valeur de ces deux honorables praticiens nous sont une garantie que toutes les précautions avaient été prises; il y a donc lieu à rechercher si ces cas sont seulement des coïncidences de morts subites pendant l'anesthésie, ou des morts par syncopes produites par l'inhalation des vapeurs du chloroforme. La question est trop importante pour que nous n'y revenions pas lors de la discussion qui va avoir lieu à l'Académie.

Un accident plus fâcheux encore, car il pouvait être prévenu, est arrivé

à l'hôpital des Enfants. Un petit garçon de deux ans est abandonné dans son bain par l'infirmière, et confié à la surveillance d'autres petits malades. La baignoire étant trop grande, l'enfant fut placé debout; le pied lui glisse, et, lorsque l'infirmière arrive, aux cris de ses camarades, elle ne retire de l'eau qu'un cadavre. L'autopsie, à laquelle nous avons assisté, nous a révélé une autre incurie : l'estomac de l'enfant était rempli d'aliments. Il avait donc été mis au bain avant que sa digestion fût terminée.

Une enquête judiciaire a été ouverte immédiatement sur ce fait.

La distribution des prix aux élèves sages-femmes a eu lieu le 23 juin, au début des événements qui sont venus ensanglanter la capitale. Retenu à l'administration centrale pour organiser les services dont la lutte qui venait de s'engager faisait prévoir la nécessité, le délégué du gouvernement près des hôpitaux, n'ayant pu assister à cette solennité, a envoyé aux journaux de médecine l'allocution qu'il devait prononcer en cette circonstance. Nous regrettons que l'espace nous manque pour publier ce discours très-bien fait; cependant nous ne pouvons nous défendre d'une réflexion que sa lecture nous a suggérée. Nous avons regretté que M. Thierry ait cru devoir suivre la ligne battue des allocutions académiques, et n'ait point saisi l'occasion de faire un peu de déontologie médicale, en traçant à ces jeunes femmes, prêtes à se répandre par toute la France, sans aucune expérience, les devoirs que leur position leur impose, la part de responsabilité qu'elles doivent assumer dans l'exercice de leur art, etc. Cette leçon pratique, que nul mieux que notre habile confrère n'était apte à tracer de main de maître, eût certes mieux valu que l'éloge sans cesse répété des illustrations de l'école d'accouchement de Paris, et même que le projet des améliorations que réclament les hôpitaux, sous le rapport de l'obstétrique. Il ne nous faut plus de paroles, il nous faut des faits aujourd'hui, et M. Thierry nous a prouvé déjà qu'il partageait notre opinion à cet égard. Les dispositions qu'il a prises à l'Hôtel-Dieu annexe en sont la preuve. Le petit service d'accouchement dont nous avons annoncé la création, il y a à peine un mois, est en pleine activité, et fonctionne avec un plein succès.

Une initiative honorable, et qui mérite d'être imitée, vient d'être prise par deux de nos confrères, commissaires des départements de l'Aveyron et du Bas-Rhin. MM. Eissen et Galtier-Baillière viennent de constituer officiellement, dans chaque chef-lieu, un Conseil médical, composé de tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'arrondissement. Ce Conseil doit se réunir au moins tous les trois mois, sous la présidence du commissaire, pour s'occuper de toutes les questions qui concernent l'hygiène publique et la police médicale. Nous ne saurions trop engager nos confrères à solliciter des autorités de leur département la création de semblables Commissions dans chaque arrondissement; c'est le moyen le plus prompt et le plus puissant d'arriver à notre but, l'association générale des médecins de la France. — « L'union fait la force. »

Plusieurs journaux annoncent que le typhus se serait déclaré dans plusieurs des prisons encombrées de détenus. Nous tenons de M. Thierry qu'aucun fait ne légitime ces craintes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE (1).

Par M. SANDRAS, médecin à l'hôpital Beaujon.

Cette maladie est en général considérée comme propre aux aliénés, et particulièrement à l'espèce d'aliénés qui peuplent en qualité de dieux, de rois, de maîtres de toute la terre, ou tout au moins de millionnaires, les maisons qui leur sont consacrées. Il est, en effet, vrai que cette sorte de paralysie termine presque toutes les folies ambitieuses ; mais il ne serait pas juste d'en conclure qu'elle est exclusivement réservée aux déments de cette espèce. Il n'y a pas d'année où quelques paralysies générales progressives ne se fassent voir dans nos hôpitaux consacrés aux maladies générales, et n'y présentent tous leurs symptômes incontestables, sans que l'aliénation mentale ambitieuse, ou autre, ait le moins du monde signalé le début de la maladie. J'en ai rencontré plusieurs exemples en ville, et, au moment où j'écris ces lignes, je compte parmi mes malades de l'hôpital Beaujon deux curieux exemples de l'altération des fonctions nerveuses sans délire, à laquelle convient le nom que je propose de conserver à cette maladie. En somme, l'observation prouve qu'elle est très-commune chez les aliénés ; assez rare dans les autres conditions ; mais dans tous les cas fort intéressante et digne d'une étude spéciale.

La maladie peut commencer sous des formes assez diverses. Sans parler du début le plus commun qu'elle présente, celui qui la fait procéder de la manie ambitieuse, et qui sortirait de mon sujet, je ferai remarquer que, même comme maladie nerveuse indépendante de troubles primitifs de l'intelligence, elle peut se montrer dès le principe avec des phénomènes très-différents de siége et d'apparence.

Le plus ordinairement elle débute par un trouble marqué de la parole. Les malades ont conscience de leurs idées comme à l'ordinaire ; les mots ne leur manquent pas pour les exprimer ; mais ils éprouvent une difficulté à prononcer qui leur donne une expression de doute et d'hésitation toute particulière ; leurs lèvres, leur bouche, leur mâchoire inférieure, et en même temps leur langue, font effort pour se mettre dans la disposition convenable à la prononciation. Il en résulte une

(1) Cet article est extrait d'un traité complet sur les maladies nerveuses, que cet auteur doit prochainement publier.

sorte de bégaiement, de blésité singulière et fatigante, une lenteur confuse dans le parler, qui laisse l'observateur en suspens sur la question de savoir si c'est la mémoire, l'intelligence, le mot ou la prononciation qui font défaut. Ce vice de la parole va s'augmentant tous les jours, et bientôt est accompagné d'autres désordres nerveux ; les mains et les bras s'engourdissent, perdent la délicatesse de toucher qu'ils avaient, la prestesse de mouvement qui leur était naturelle ; les malades deviennent maladroits, tiennent mal les corps qu'ils prennent : le tact et la force leur manquent à la fois ; puis les extrémités inférieures s'affectent à leur tour ; le sol est moins bien palpé ; les pieds sont moins flexibles et se heurtent plus facilement contre les inégalités du terrain, les orteils raides et un peu fléchis se redressent moins bien et se remuent avec difficulté ; la pointe des pieds se tient abaissée vers la plante ; les genoux sont presque à demi fléchis, et les membres inférieurs affaiblis à la fois et comme contracturés, se refusent à soutenir le corps.

Dans d'autres cas, le progrès de la maladie ne suit pas le même ordre. J'en ai vu qui commençaient par les extrémités inférieures, d'autres par les bras ou plutôt les mains ; puis, la progression de la maladie l'étendait successivement aux autres extrémités ou à la parole, et, au bout d'un temps plus ou moins long, en marchant de la périphérie vers le centre, la maladie finissait toujours par envahir progressivement tous les organes dont j'ai parlé plus haut.

Arrivée à cet état de généralisation, la paralysie progressive se ressemble à peu près chez tous les malades. La parole est très-embarrassée, très-lente et très-pénible. Les mains ont perdu beaucoup de leur force, de leur adresse et de la délicatesse des perceptions tactiles ; les jambes ont la plus grande peine à supporter le corps ; les pieds sentent à peine le sol, les articulations fléchissent sans conscience ; les orteils ont perdu presque tout mouvement, et particulièrement ceux qui les redressent, comme le pied a fini par se refuser à se relever vers la jambe. Puis, les urines cessent d'être retenues dans la vessie ; les matières fécales, au contraire, sont gardées indéfiniment ; les malades se plaignent de sentir un certain trouble, un embarras marqué dans leurs idées ; la mémoire leur manque, et particulièrement celle des choses qui viennent récemment de se passer sous leurs yeux. Au milieu de tous ces désordres, les fonctions digestives se conservent très-bien, quelquefois même se développent avec une énergie inaccoutumée ; le sommeil reste bon ; il est rare que des douleurs se fassent sentir, même dans les parties atteintes par l'engourdissement paralytique.

A un degré un peu plus avancé, l'incontinence d'urine est complète ;

les matières fécales, jusque-là retenues presque invinciblement, sont, au contraire, rendues sans que la volonté du malade y ait contribué. La paralysie des membres et la difficulté de prononcer deviennent plus grandes ; il se joint aux phénomènes précédents un degré plus ou moins marqué de contracture. Ce dernier symptôme se montre plus tôt ou plus tard ; il se présente en certains cas rares, pour ainsi dire, au début de la maladie ; quelquefois seulement il ne se rencontre qu'à la fin ; il est constant ou bien il alterne plus ou moins souvent et pour un temps plus ou moins long avec les autres ou avec une apparence de santé. L'intelligence se trouble davantage, la mémoire se perd presque complétement ; le sommeil prend la forme d'une torpeur presque continue, ou, au contraire, se refuse presque absolument aux malades ; puis les fonctions digestives s'altèrent ; le goût se perd. L'ouïe et la vue se conservent quelquefois jusque dans les derniers temps, mais en prenant quelque chose d'automatique, qui laisse deviner dans la sensation le défaut d'intelligence. J'ai rencontré seulement un cas dans lequel une sorte d'amaurose avait existé presque en même temps que l'engourdissement des jambes, des pieds et des mains.

Enfin, tous les désordres continuent à s'aggraver, la sensibilité tactile s'éteint, le mouvement devient impossible, la parole inintelligible, les idées nulles, et le malade finit par s'éteindre, avec ou sans désordres locaux capables de produire et d'expliquer la mort.

En outre des malades chez qui l'ensemble des symptômes de la paralysie générale est complet, on rencontre assez souvent des faits dans lesquels la maladie semble se borner à certains organes. J'ai observé des paralysies tout à fait comparables à celles que je viens de décrire, avec cette différence seulement qu'elles se limitaient dans les extrémités supérieures ou inférieures, ou bien dans les organes de la prononciation ; je les aurais même, à cause de la prédominance de paralysie d'un côté, souvent classées parmi les paralysies partielles dont je parlerai plus tard, si je n'avais pas en même temps constaté des désordres généraux infiniment légers, mais non douteux, qui établissaient la liaison de famille avec la paralysie générale. Les sujets gravement empoisonnés par le plomb flottent à chaque instant entre ces deux classes.

Quand la paralysie progressive s'arrête dans son cours, et prend une marche heureuse vers la guérison, les fonctions subissent progressivement une amélioration inverse des phénomènes d'aggravation que je viens de décrire, et retournent lentement vers la santé. Je n'ai jamais vu cette maladie se transformer brusquement en une santé satisfaisante ; la convalescence, quand il y en a eu, a toujours été au moins aussi lente que l'avait été la marche ascensionnelle des symptômes.

Je ne sache pas que l'anatomie pathologique ait donné le dernier mot de cette maladie chez les gens à intelligence saine, pas plus que chez les aliénés. On sait pour ces derniers, en qui la paralysie générale est si commune, combien les aliénistes sont loin de s'accorder ; les uns veulent que des désordres variables du cerveau et de ses enveloppes rendent compte de la maladie ; les autres arguent de cette variabilité, quelquefois même de la nullité des lésions, et de l'identité constante de la maladie, pour soutenir que leurs adversaires se font illusion sur la puissance révélatrice de leur scalpel. A plus forte raison aurons-nous de la difficulté à rapprocher dans un seul faisceau les opinions des autres médecins qui ont observé et suivi des paralysies progressives sans aliénation. Les faits authentiques peu nombreux qui existent n'ont pu décider la question. J'ajouterai même que, dans mon opinion, ils ne la décideront jamais plus qu'elle ne l'est pour l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie et une foule d'autres désordres bien caractérisés des fonctions nerveuses. Les mêmes incertitudes, les mêmes raisons de croire ou de s'abstenir, existent et existeront longtemps pour les uns et pour les autres.

Le pronostic de cette maladie est toujours fort grave ; le plus grand nombre des malades succombe après un temps plus ou moins long. Je n'ai jamais observé de cas dans lequel l'affection ait pris une marche aiguë et rapidement mortelle ou heureuse. J'ai plusieurs fois vu les malades mourir au bout de quelques mois ; j'ai aussi rencontré de ces malades dont l'affection montait avec une lenteur extrême pendant plusieurs années. Quelques-uns m'ont donné, au bout de plusieurs mois de traitement, la satisfaction de voir s'établir lentement, mais régulièrement, une véritable convalescence. Le retour vers le mieux a toujours été excessivement lent, et jamais je n'ai vu les malades reprendre complétement leur agilité, leur délicatesse de sens, leur adresse des mains, leur force pour la marche, comme avant la maladie. Ce qui avait été diminué pour la mémoire et pour l'intelligence pendant le cours du mal, m'a semblé se remettre un peu mieux que les autres fonctions dépendantes du système nerveux. Je n'ai pas vu guérir, ni même s'améliorer de malades parvenus à la période de paralysie du sphincter ; j'ai obtenu des guérisons satisfaisantes chez des malades qui avaient présenté tous les symptômes que j'ai décrits jusqu'à cette période. Il en faut conclure que le pronostic est d'autant plus grave, que la maladie a marché pendant plus longtemps et que le médecin est consulté plus tard. Il n'est pas raisonnable d'espérer que l'on guérisse ces maladies toutes les fois qu'on sera appelé dès le début ; mais il est encore possible, même dans cette paralysie bien déclarée, de prétendre à une bonne fin. C'est une des grandes différences qui distinguent cette paralysie sans aliénation

mentale, de celle des aliénés, qui est toujours infailliblement mortelle.

On est en général assez peu renseigné, jusqu'à présent, sur les causes de la paralysie générale progressive. Je l'ai vue chez les hommes et chez les femmes; je l'ai rencontrée sur des sujets de vingt-cinq à trente ans, sur des adultes plus avancés en âge, et aussi sur des vieillards. Les enfants et les jeunes pubères ne m'en ont point fourni d'exemple. De ces faits, je ne puis encore tirer aucune induction positive relative au sexe et aux âges. A ma connaissance, elle est plus commune après cinquante ans qu'avant; voilà tout ce qui me semble démontré.

Une cause sur laquelle je me crois mieux renseigné, c'est l'abus de certains aliments, et particulièrement des boissons alcooliques. J'ai donné des soins à une dame de qualité, qui était affectée de paralysie de cette nature à la suite de l'abus qu'elle avait fait de vins et de liqueurs très-alcoolisés. Elle avait pris l'habitude, d'après les conseils d'un médecin anglais, de consommer chaque jour au moins une bouteille de vin de Madère, plusieurs grands verres d'eau-de-vie de Cognac, sans compter les vins plus doux et les liqueurs édulcorées dont elle faisait incessamment usage. Un pareil régime, avec une constitution naturellement fort délicate et un tempérament nerveux, avait fini par amener une paralysie générale bien dessinée, avec rétraction et contracture des jambes et des mains, douleurs et crampes vives dans les muscles de ces parties, difficulté extrême de la prononciation. Les facultés intellectuelles avaient été conservées, mais la digestion s'était peu à peu réduite presque exclusivement aux boissons dont je viens de rappeler le menu.

Cette paralysie se montre manifestement encore sous l'influence de l'action longtemps supportée de l'humidité froide. J'ai dans ce moment, dans mon service à l'hôpital Beaujon, un malade chez qui cette affection s'est montrée à la suite d'un long séjour qu'il a fait comme palefrenier dans des écuries froides et humides, et particulièrement d'un coucher habituel contre un mur humide et salpêtré. Chez ce malade, qui offre un type parfait de l'affection que je décris, la paralysie des jambes, des bras et de la parole, s'est successivement développée, en procédant avec une régularité progressive admirable. J'ai rencontré d'autres exemples de cette maladie dans des ouvriers qui avaient passé de nombreuses années au fond de puits qu'ils creusaient, ou dans des canaux humides dont ils remuaient la vase pour en régulariser ou en nettoyer le fond. J'en ai vu sur des sujets qui avaient longtemps séjourné dans des pays froids et excessivement humides. J'ai donné des soins à une dame chez qui la maladie s'était développée très-lente-

ment, depuis un séjour de plusieurs années qu'elle avait fait à Cayenne.

Dans certaines épidémies, la paralysie générale, ou du moins une sorte d'engourdissement des membres qui lui ressemble singulièrement, signale les périodes extrêmes de l'affection régnante. C'est, par exemple, de cette manière que succombent presque tous les pellagreux. Dans l'épidémie de 1829, à laquelle on a donné le nom d'acrodynie, les sujets les plus vivement frappés ont présenté, sous une forme aiguë, les principaux phénomènes de la paralysie générale.

Sous l'influence d'une longue intoxication saturnine, on rencontre souvent des paralysies partielles d'apparence paraplégique; dans un degré plus élevé encore, la paralysie prend une grande analogie avec celle que nous venons de décrire; excepté l'embarras de la parole, qui est remplacé par un affaiblissement extrême de la voix, tous les autres caractères s'y trouvent. Je n'oublierai jamais un malheureux qui, après avoir plusieurs fois subi, dans une fabrique de blanc de plomb, les atteintes de l'empoisonnement par ce sel, finit par tomber dans une paralysie générale, comme je n'en ai jamais vu d'autre exemple. Tous les membres avaient perdu la propriété de se mouvoir sous l'influence de la volonté; les articulations avaient pris une sorte de rigidité, de contracture : les orteils crispés et inclinés vers la plante des pieds, les mains à demi fléchies sur les avant-bras, et les articulations des phalanges les unes sur les autres, l'impossibilité de mouvement qui obligeait à lui entonner les aliments comme on aurait fait dans une cavité inerte, en faisaient un tableau de paralysie générale des plus déplorables. Les mouvements du tronc étaient devenus impossibles, ainsi que ceux de la tête sur le tronc; la voix était affaiblie, au point qu'il fallait placer l'oreille tout près de la bouche du malade pour l'entendre. La sensibilité était partout engourdie, même pour les excitants les plus forts, et au milieu de tout cela, l'appétit et les conséquences naturelles de la digestion s'étaient seuls conservés avec les facultés intellectuelles. Ce malade finit par guérir complétement, après un traitement de plus d'une année. Il avait, au bout de ce temps, si bien repris ses forces, qu'il était devenu serrurier dans l'Hôtel-Dieu annexe, où je lui avais fait subir ce long traitement. La seule trace qui fût restée de sa maladie, c'était une sorte de faiblesse d'intelligence dont il avait conscience, une susceptibilité très-exagérée, et une propension au délire des ivrognes pour la moindre quantité de vin pur qu'il avait occasion de boire.

Enfin, quelques cas exceptionnels de paralysie générale progressive se sont montrés à mon observation, sans qu'il m'ait été possible d'en bien préciser les causes ni prédisposantes ni occasionnelles. Mais ces cas ont été, jusqu'à présent, de beaucoup les moins nombreux. — Presque

toujours les malades accusaient des troubles moraux, des chagrins, des excitations nerveuses d'une grande intensité; mais il m'était impossible de juger la question de savoir si le commencement de la maladie était cause que les malades reçussent plus vivement les impressions morales pénibles, ou si ces impressions étaient au contraire les véritables origines de la maladie.

La thérapeutique de la paralysie progressive est en général fort difficile à gouverner. Cette réflexion ne s'applique pas à cette maladie chez les aliénés; c'est une espèce jusqu'à présent incurable et que nous avons dès le commencement mise de côté comme ne se rapportant pas directement à notre sujet; mais je l'étends sans restriction à toutes les autres paralysies progressives, générales ou locales, de cause connue ou inconnue, dont j'ai rappelé l'existence.

Pour celles qui sont partielles, ou même pour celles à tendance générale qui sont encore limitées, je crois que le traitement doit toujours être double: le traitement approprié à la cause, et le traitement approprié aux parties affectées. Pour celles qui ont déjà pu se généraliser, la double indication est encore présente; mais celle qui dépend de la nature, de la cause intime, vient prendre la plus haute importance. Ce principe général une fois entendu, et on comprend bien qu'avec cette prépondérance méthodique les deux ordres d'indications exigent néanmoins toujours satisfaction, je vais exposer les bases du traitement tel que je le conçois et tel qu'il m'a plusieurs fois réussi. Je suivrai l'ordre des causes exposées plus haut.

Au point de vue des âges, les indications thérapeutiques sont relatives seulement à la réserve qu'il y a quelquefois lieu de mettre dans l'emploi des agents utiles, à la résistance que le sujet peut présenter pour l'administration efficace des remèdes, aux résultats douteux qu'une thérapeutique plus ou moins active peut avoir, en raison de la puissance de vie et de réaction dont le sujet se trouve doué.

Pour les sexes, je poserai la même réserve.

Mais pour ce qui regarde les abus, j'invoquerai vivement une hygiène mieux entendue. Ici la réforme est urgente; mais le médecin qui sait mieux que personne l'influence que des habitudes brusquement interrompues, ou contrariées, peuvent avoir sur l'exercice régulier des fonctions, devra s'attacher à bien reconnaître, dès le commencement, s'il vaut mieux pour le malade brusquer un changement complet ou l'introduire avec réserve dans le régime. Une fois un plan arrêté, et il devra l'être après quelques épreuves de tâtonnement, on s'y attachera avec sévérité; on s'assurera, par tous les moyens possibles, qu'en définitive l'abus ait complétement cessé dans un temps moral

suffisant pour que la constitution ait accepté sans trop de secousses le changement nécessaire.

Les effets de certains climats devront être ou détruits par un changement éclairé de localité, ou anéantis par une hygiène qui en détruise les mauvais effets. Par exemple, les longs et désastreux effets du froid humide seront contrebalancés par des bains de vapeur aussi répétés que possible, par des bains de sable chaud, par des bains alcalins, sulfureux ou savonneux, par des frictions sèches ou aromatiques, par l'usage intérieur de boissons habituelles chaudes et très-légèrement excitantes.

Dans les paralysies générales épidémiques, on aura dû combattre par tous les moyens connus l'influence de la constitution épidémique ou de l'endémie.

Dans l'empoisonnement saturnin, il aura fallu s'attacher à détruire, pendant un temps suffisant, le poison qui existe dans les organes, en le rendant, comme nous le dirons ailleurs, insoluble dans le corps, et en le poussant au dehors, le plus tôt possible, sous cette nouvelle forme.

Enfin, dans tous les cas où quelque inconnu vient s'ajouter dans les éléments du problème que le médecin est appelé à résoudre, il faudra s'attacher à saisir, dans toutes les circonstances accessoires, autour du malade, quelque indication principale et la combattre avec activité. Ici ce sera un état pléthorique sanguin habituel ; là une habitude de fluxion ou de maladie vers un point, un organe, un système d'organes ; ailleurs, une cause morale, une passion, un chagrin, ou bien un état nerveux, comme ceux dont nous avons exposé plus haut le tableau. A toutes ces circonstances, quand elles se montreront dominantes, il faudra opposer les meilleurs remèdes qu'inspireront à la fois la connaissance de la médecine et celle de la philosophie.

Dans tous les cas, on aura beaucoup fait pour la guérison, quand on aura pu dégager ainsi quelque indication dérivant de la cause, de la nature, de l'essence de la maladie. Les autres indications, résultant de l'état local, remplissent alors bien mieux les conditions complémentaires d'un traitement logique et efficace.

Ces indications, locales pour ainsi dire, sont de différentes s rtes, suivant les symptômes qui dominent.

Si le malade est surtout tourmenté par des vertiges, des troubles de la tête, des perceptions de l'intelligence, s'il a des hallucinations, il importe de savoir à quelle cause principale attribuer ces phénomènes. Est-ce de la pléthore sanguine ? Des saignées générales ou locales y remédieront. Les saignées générales se font au bras ou aux jambes ; les saignées locales, suivant les cas, auront lieu par des sangsues aux

oreilles ou à l'anus; par des ventouses à la nuque. Est-ce un désordre nerveux? On calmera ce système par les agents dits antispasmodiques, par des doses minimes d'opium, de belladone, d'aconit, par un peu d'eau distillée de laurier-cerise, ou par des proportions, je dirais presque infinitésimales de cyanure. Le vertige tient-il à une sorte de chlorose ? Un régime aussi fortifiant que possible, l'application locale du froid, l'usage bien combiné des proto-sels de fer y porteront remède. A-t-on affaire à des sujets lymphatiques ou peu sensibles, en qui des habitudes de congestions se montrent vers la tête? Des vésicatoires, des cautères, ou un séton à la nuque sont indiqués, et quelquefois amènent le soulagement dont on avait besoin.

Dans les douleurs vers le système nerveux central, c'est-à-dire vers l'encéphale ou la moelle épinière, des moyens pareils seront convenables en les proportionnant à la nature des symptômes. Quand ces douleurs se feront sentir au contraire dans les extrémités, des applications émollientes et au besoin narcotiques sur ces parties, des frictions, des embrocations diversement sédatives, des bains généraux émollients au son, à la gélatine, aux espèces émollientes, et même un peu calmantes, se montreront éminemment utiles. On les multipliera autant que l'état général permettra de le faire, et on les prolongera même, s'il est possible, pendant plusieurs heures, en ayant soin de conserver autour du malade une température tiède, sans plus.

Les contractures seront combattues par les mêmes bains et les mêmes applications locales, et particulièrement par une diversion sur les centres nerveux, établie d'après les mêmes bases que nous avons posées pour les vertiges et les douleurs centrales.

L'engourdissement avec sensation de froid sera combattu par des applications chaudes, des frictions sur les extrémités, soit sèches, soit avec des liquides chauds, alcalins, stimulants et même un peu excitants. En même temps, on y conservera la chaleur par des applications de corps chauds, de bouteilles pleines d'eau à une haute température, d'enveloppes bien isolantes, de fers chauds maintenus en place ou promenés avec intelligence sur les points où le malade ressent du froid. L'engourdissement pour le mouvoir et le sentir provoquera l'usage habituel de la strychnine de diverses manières. S'il n'y a pas de congestion trop active sur les centres nerveux, on la prescrira à l'intérieur à la dose de 0,005, pour commencer, et on en augmentera lentement les quantités. Si on craint les congestions dont je viens de supposer l'absence, on usera de ce moyen à l'extérieur seulement. Quelquefois on établira sur les points plus paralysés des vésicatoires volants, et on en pansera les surfaces dénudées avec une pommade, dans laquelle on

devra faire incorporer pour chaque jour 0,05 de strychnine. Le plus souvent on se contentera de faire faire sur la peau du membre paralysé des frictions réitérées avec une pommade simple, dans laquelle la strychnine entrera pour un trentième et même un cinquantième. On aura soin, en même temps, de laver souvent les surfaces ainsi utilisées avec une solution alcaline, et dans des bains alcalins ou savonneux. Dans beaucoup d'occasions, ces moyens employés avec la persévérance convenable conduiront à de bons résultats. Pour mon compte, c'est avec eux que j'ai obtenu les succès dont j'ai parlé. Quand ils ne m'ont pas suffi, j'ai eu recours à l'électricité avec des résultats qui m'engagent à recommander aussi ce moyen. Je me sers d'une pile à auge ordinaire, et surtout de l'appareil électro-médical de Breton, parce que cet appareil me semble encore le plus commode de tous et le plus facile à entretenir. J'emploie, pour conduire le courant dans les parties, des aiguilles de platine, comme pour l'acupuncture; c'est l'électro-acupuncture, ou des éponges mouillées tenues au bout des conducteurs. Les malades sont plus ou moins sensibles à cet agent; il convient d'en user avec précaution dans les premières expériences.

A mesure que la guérison vient, les contractions musculaires et la sensibilité du malade augmentent dans l'opération, et on a ainsi un procédé commode pour mesurer les progrès qu'on a faits. Presque tous les malades soumis à ce traitement ont conscience, après une séance électrique, d'une plus grande force dans les mouvements, d'une sensibilité plus marquée, d'une sorte de travail dans les muscles qui ont été mis en jeu.

Pour donner à ce moyen toute sa valeur, je l'emploie à jours intermittents ; je place les aiguilles de manière à renverser souvent les pôles; je les promène dans toutes les parties que je veux activer; je les enfonce, suivant la position des muscles que je veux atteindre, à une plus ou moins grande profondeur. L'opération ne devient jamais douloureuse que quand la sensibilité et la contractilité se sont notablement rétablies. Alors, la conscience de l'amélioration dans laquelle le malade se trouve l'encourage facilement à endurer la douleur très-légère et momentanée que cause la piqûre, et même la sensation chaude que produit ensuite le dégagement de l'électricité. Avec les éponges, la direction des courants électriques est encore plus facile et moins douloureuse.

Je n'ai pas remarqué qu'il fût nécessaire de tenter d'établir le courant immédiatement sur les nerfs: il passe en droiture au travers de tous les tissus, et, ainsi dirigé, il m'a toujours paru remplir suffisamment l'indication.

En somme, l'électricité m'a souvent paru utile pour aider l'action des autres remèdes, et compléter la guérison. S. Sandras.

BONS EFFETS DE L'EMPLOI DU SOUS-CARBONATE D'AMMONIAQUE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SQUAMMEUSES CHRONIQUES DE LA PEAU.

Nous avons appelé l'attention, il y a quelques mois, sur les heureux résultats obtenus par M. Baudelocque de l'emploi du sous-carbonate d'ammoniaque dans les formes graves de la scarlatine. Nous avons à signaler aujourd'hui une application nouvelle de ce sel au traitement des affections chroniques de la peau. Se rappelant la vogue dont avait joui autrefois le sirop de Peyrilhe (qui, en réalité, doit son action active au sous-carbonate d'ammoniaque), frappé d'ailleurs de ce qu'on pourrait attendre d'une substance qui exerce une action évidente sur la peau, et qui, par conséquent, pouvait être utilisée comme stimulant de la vitalité de cette partie, M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a eu recours au sous-carbonate d'ammoniaque, dans quelques-unes de ces affections de la peau qui résistent au plus grand nombre des traitements. C'est surtout dans les affections squammeuses (*psoriasis, lepra vulgaris*), que ce médecin a eu à s'en louer. Le sous-carbonate d'ammoniaque a été administré d'une manière continue, et sous forme de sirop, à une dose peu élevée, de 40 centigrammes par jour, d'abord, et au maximum de 1 gramme 60 centigrammes à 2 grammes. Ce sirop (qui se rapproche de celui de Peyrilhe, mais qui ne contient pas, comme celui-ci, une infusion de follicules de séné) est préparé de la manière suivante :

Pr. Sous-carbonate d'ammoniaque. . . 10 grammes ;
Sirop sudorifique. . . . . 250 grammes.

D'une à quatre cuillerées par jour.

Faites dissoudre le sous-carbonate d'ammoniaque dans quantité suffisante d'eau, et ajoutez la solution au sirop.

Quelque modérée qu'ait été cette dose, il est des malades qui n'ont pu en supporter longtemps l'usage ; et les phénomènes qu'ils ont présentés ont offert cette circonstance remarquable, que l'organisme tout entier paraissait affecté, plutôt qu'une seule fonction en particulier. Ainsi, il n'y avait ni nausées ni vomissements ; le ventre était souple ; cependant les malades accusaient de la douleur de ce côté, et de temps à autre avaient de la diarrhée ; l'anorexie était complète, le pouls fébrile et peu développé, la face pâle, les forces presque anéanties, et l'amaigrissement rapide. Quelques jours de repos suffisaient ordinairement pour faire cesser les accidents.

Le service de M. Cazenave renferme en ce moment quatre malades, chez lesquels cette médication paraît surtout avoir été favorable. L'un d'eux, couché au n° 29 de la salle Napoléon, maçon, âgé de vingt-deux ans, était affecté d'un psoriasis très-étendu, couvrant presque entièrement la partie inférieure du corps, à partir de la base de la poitrine, les membres supérieurs et la tête. Sans autre traitement que le sous-carbonate d'ammoniaque, et les bains de vapeur tous les deux jours, peu à peu les plaques de psoriasis ont rougi, les croûtes se sont détachées, et, après deux mois de ce traitement, il n'est plus resté que quelques plaques disséminées et discrètes sur quelques points du corps. Les points anciennement occupés par le psoriasis se reconnaissent encore aisément à la couleur un peu plus foncée et comme zébrée des téguments.

Un autre malade, couché au n° 33 de la même salle, ferblantier, âgé de vingt-deux ans, chez lequel le psoriasis datait de huit ans, a éprouvé également une amélioration inespérée, après un mois et demi de traitement. Le psoriasis occupait tout le corps, excepté les mains et la face. Aujourd'hui, après un mois et demi de traitement, les croûtes sont tombées à peu près partout ; il reste seulement sur quelques points du corps des rougeurs disséminées, qui indiquent les points occupés par les squammes, et quelques petites croûtes très-minces et très-discrètes sur les avant-bras. Chez ce malade, comme chez le précédent, il a fallu suspendre le traitement, à cause de l'espèce de cachexie produite par l'emploi du sous-carbonate d'ammoniaque.

Un troisième malade, couché au n° 52 de la même salle, atteint d'un psoriasis général depuis quatre ans, avait été traité sans succès, pendant six mois, d'abord par le goudron, puis par la liqueur arsenicale. L'amélioration que produisait d'abord chacun de ces moyens avait été de courte durée ; et, aussitôt le traitement interrompu, l'affection s'était reproduite. Sous l'influence du sous-carbonate d'ammoniaque, il y a eu une modification très-heureuse, en ce sens qu'il reste seulement quelques squammes au pourtour des articulations du coude et du genou. Partout ailleurs elles sont tombées. Ce malade, comme le précédent, a dû interrompre l'usage du sous-carbonate d'ammoniaque, à cause des phénomènes de cachexie.

Enfin, le quatrième malade, couché au n° 55 *ter*, horloger, âgé de vingt-sept ans, affecté d'un psoriasis qui date de sept ans, traité sans succès par la solution de Pearson, a obtenu également une grande amélioration ; et il a présenté cette circonstance particulière, qu'il a pu prendre sans interruption le sous-carbonate d'ammoniaque pendant trois mois, et jusqu'à la dose de 1 gramme 60 centigrammes par jour.

Nous ajouterons, pour compléter ce qui précède, que tous les mala-

des qui ont pris le sous-carbonate d'ammoniaque ont fait usage en même temps, ou bien de bains de vapeur, tous les deux jours, ou bien de frictions avec diverses pommades au calomel, au proto-nitrate de mercure, etc. Mais ce sont là des moyens auxquels on ne saurait rapporter l'amélioration évidente éprouvée par les malades, puisque l'expérience a montré à M. Cazenave combien est faible leur influence sur la résolution de ces affections chroniques de la peau.

En résumé, les expériences que nous venons de faire connaître ne sont pas encore assez nombreuses et ne datent pas d'assez loin pour qu'on puisse les considérer comme concluantes ; mais, telles qu'elles sont, elles suffisent pour fixer l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique peut-être un peu trop oublié aujourd'hui, et dont l'activité ne saurait être mise en doute.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

APPLICATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE AU TRAITEMENT DU LIPÔME,

Par M. le professeur Bonnet, de Lyon.

La méthode sous-cutanée est, sans contredit, une des plus belles découvertes qui fassent honneur à la chirurgie moderne. En effet, depuis que M. Jules Guérin l'a pour ainsi dire vulgarisée, en posant en principe que toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur siége et la nature des parties divisées, participent à la propriété des plaies sous-cutanées des tendons, c'est-à-dire qu'elles ne s'enflamment ni ne suppurent jamais, et s'organisent immédiatement, que de problèmes résolus, que de lésions dont la thérapeutique, jadis impuissante, ou bien suivie de graves accidents, ont été, à sa faveur, avantageusement traitées tout en présentant une simplicité vraiment remarquable !!

Presque chaque jour on en fait de nouvelles applications, et si dans tous les cas on n'a pu atteindre le but que l'on se proposait, on a du moins reconnu que les opérations sous-cutanées, exécutées selon les règles de l'art, étaient exemptes de dangers, et qu'à leur suite la suppuration était infiniment rare. Aussi les chirurgiens qui se sont le plus occupés de cette méthode ont-ils toujours fait leurs efforts pour en étendre la sphère d'application. Naguère on proposait les incisions sous-cutanées pour le traitement curatif de certains kystes ; aujourd'hui M. Bonnet, se fondant sur des observations tirées de sa pratique, sou-

tient que ces mêmes incisions peuvent être appliquées avec avantage au traitement des tumeurs graisseuses.

Qu'il me soit permis, avant de décrire le procédé que ce chirurgien met alors en usage, de présenter quelques considérations sur l'anatomie pathologique de ce genre de tumeur ; tout en faisant comprendre par ce moyen ce qu'il y a de rationnel dans l'application de la méthode sous-cutanée au traitement du lipôme, je ferai connaître comment M. Bonnet y a été conduit, et les résultats que l'on peut espérer de ce nouveau mode de traitement.

Le lipôme n'est point composé d'une masse de graisse renfermée dans un kyste, c'est une agglomération de cellules graisseuses juxta-posées les unes aux autres, et dont l'ensemble est entouré d'une membrane fibreuse qui les isole des tissus environnants.

Tant que cette enveloppe générale est conservée intacte, tant que la graisse se trouve renfermée dans chacune des petites cellules qui la sécrètent et l'emprisonnent, son absorption est impossible, ou du moins offre de grandes difficultés : c'est pour ce motif que l'on a maintenant abandonné d'une manière complète ces divers emplâtres qui, appliqués sur la tumeur, devaient en amener la résolution. Que l'on fasse usage des emplâtres faits avec des résolutifs alcalins qui ont la propriété de dissoudre la graisse, tels que le carbonate de potasse, de soude, ou bien de ceux de ciguë, on n'en peut obtenir aucun bon résultat. Mais que l'on divise en un grand nombre de fragments cette sorte d'éponge, dont chaque cellule contient de la graisse, celle-ci pourra être exprimée des petites loges qu'elle occupe, rejetée dans le tissu cellulaire ambiant, et livrée à une absorption rapide.

C'est sur ces principes qu'est fondée l'application de la méthode sous-cutanée que M. Bonnet a fait au traitement des tumeurs graisseuses ; c'est l'application à une agglomération de petits kystes graisseux, de la méthode mise en pratique pour les kystes séreux du poignet, du dos du pied, et pour l'hydrocèle.

Jusqu'à quel point l'expérience a-t-elle démontré que ces vues étaient fondées ? Les observations suivantes permettront d'apprécier ce point de pratique ; mais avant de les citer, disons quelques mots sur les précautions à prendre pour tirer tout le parti possible de la méthode sous-cutanée dans le traitement du lipôme.

La piqûre faite à la peau avec un ténotome pointu doit être pratiquée à la base d'un pli, et à une telle distance, que lorsque celui-ci sera revenu sur lui-même, elle soit éloignée de 2 à 3 centimètres de la base de la tumeur : le ténotome mousse doit être en rondache à son extrémité, de manière à être coupant sans pouvoir cependant piquer la

peau. Sa longueur doit être égale au plus grand diamètre de la tumeur. Après avoir piqué la peau à la distance indiquée, on enfonce le ténotome mousse entre le lipôme et les parties sur lesquelles il repose, en le poussant à travers le plus grand diamètre de la base de la tumeur. Le tranchant de l'instrument, dirigé ensuite contre les téguments, doit diviser le lipôme dans toute son épaisseur en deux parties égales, que l'on presse l'une contre l'autre, tandis que le ténotome les incise en tous sens, à droite et à gauche, de manière à en former des fragments ayant au plus l'épaisseur d'un centimètre. A mesure que l'on coupe, on éprouve la sensation de la rupture successive des cellules dans lesquelles la graisse est renfermée. Il est bon de prolonger les incisions de 1 à 2 centimètres en dehors de la tumeur, afin de décoller la peau des parties sous-jacentes, et d'augmenter la surface au milieu de laquelle la graisse doit plus tard être absorbée.

Quand l'instrument est retiré, on presse avec force la tumeur entre les doigts, de manière à rompre par la pression les cellules qui ont échappé à l'action de l'instrument tranchant.

L'expérience a prouvé que cette opération doit être répétée, dans les lipômes volumineux, quelquefois deux ou trois fois, et à quinze jours ou trois semaines d'intervalle, pour compléter la rupture des cellules et activer l'absorption.

Les observations que je vais maintenant faire connaître sont tirées de la pratique de M. le professeur Bonnet, qui s'est fait un véritable plaisir de me communiquer tous les matériaux qui se rattachent à cet important sujet. J'aurai soin, après les avoir mises sous les yeux des lecteurs, de les interpréter, et d'apprécier, en me fondant sur les résultats qu'elles ont donnés jusqu'à ce jour, la valeur de la méthode sous-cutanée appliquée au traitement des tumeurs graisseuses.

Obs. I. *Lipôme du moignon de l'épaule; traitement par des incisions sous-cutanées: résolution presque complète.* Pierrette Condamin, âgée de vingt-deux ans, se présenta chez M. le professeur Bonnet, le 27 décembre 1844. Douée d'une constitution vigoureuse, cette jeune fille portait à la partie supérieure du bras gauche, sur la face externe du muscle deltoïde, une tumeur molle, flasque, indolente; la peau qui la recouvrait, tout à fait intacte, avait conservé sa coloration normale. Sa naissance remontait à cinq années, époque où elle avait apparu sans cause appréciable; prenant chaque jour un nouvel accroissement, elle avait fini par atteindre le volume du poing. M. Bonnet résolut d'attaquer cette tumeur graisseuse par des incisions sous-cutanées. Le même jour, il piqua avec un ténotome aigu la peau située en arrière de la tumeur, à la base d'un pli qui, revenu sur lui-même, rendait cette piqûre distante du lipôme de trois centimètres environ. Puis s'armant d'un ténotome mousse en rondache, il l'introduisit par cette ouverture vers la base de la tumeur qu'il traversa dans le sens de son plus grand diamètre. Faisant alors agir cet instrument des parties profondes vers les té-

guments, il divisa le lipôme en deux portions égales. Ce premier temps de l'opération accompli, il eut soin de saisir entre les doigts de sa main gauche les deux moitiés de la tumeur et de les presser l'une contre l'autre, tandis que le ténotome, dirigé en tous sens, les incisait de manière à en former des fragments ayant au plus l'épaisseur d'un centimètre, afin d'ouvrir par ce moyen les kystes graisseux. La peau fut même décollée tout autour de la tumeur, et, par des pressions successives dès que le ténotome fut retiré, M. Bonnet déjeta les débris du lipôme dans le tissu cellulaire ambiant. Application d'un morceau de diachylum sur l'ouverture pratiquée à la peau. Cette jeune malade, qui n'avait presque pas souffert durant l'opération, assura, lorsqu'elle vint, trois jours après, revoir M. Bonnet, qu'elle n'avait été nullement incommodée des suites de cette première tentative. La tumeur, aussi volumineuse que précédemment, était toutefois beaucoup plus molle.

Le 31, l'opération fut renouvelée, et il s'écoula un peu de sang à travers l'ouverture pratiquée à la peau.

Le 10 janvier, le lipôme avait sensiblement diminué de volume. M. Bonnet sentit, en le malaxant pendant quelques minutes, les flocons graisseux qui s'échappaient de leurs kystes pour se répandre dans le tissu cellulaire ambiant.

Une troisième et dernière incision sous-cutanée fut pratiquée le 1er février. Comme les précédentes, elle ne fut suivie du moindre accident. Depuis lors la tumeur, comprimée et broyée dans tous les sens, diminua graduellement de volume. Sa résolution fut longue, mais enfin trois mois après la première opération, c'est-à-dire le 25 mars, la graisse avait totalement disparu ; car il ne restait plus qu'un noyau fibreux, à peine perceptible.

Obs. II. *Lipôme développé dans la région de l'omoplate; traitement par des incisions sous-cutanées; absorption complète du tissu graisseux.* La nommée Duchamp, native de Lyon, âgée de quatorze ans, vint consulter M. le professeur Bonnet, le 7 avril 1847; elle portait sur l'épaule gauche une tumeur graisseuse, de forme ovalaire et du volume d'un gros œuf. Située dans la fosse sous-épineuse, elle avait débuté trois années auparavant, et son apparition ne pouvait se rattacher à aucune cause appréciable. Après avoir examiné avec soin cette tumeur, M. Bonnet l'attaqua immédiatement par des incisions sous-cutanées. Une piqûre ayant été faite à la peau à trois centimètres environ au-dessous du lipôme, il introduisit par cette ouverture un ténotome en rondache, qui lui servit à diviser, de bas en haut et des parties profondes vers les superficielles, la tumeur en deux moitiés égales. Se conduisant alors comme dans la précédente observation, il incisa le lipôme dans tous les sens, le malaxa fortement, et en déjeta les débris dans le tissu cellulaire ambiant. Rien de fâcheux ne vint compliquer cette opération, qui avait provoqué une douleur vive, mais cependant tolérable.

Le 14 avril, la tumeur, devenue molle et disséminée sur une plus grande surface, fut opérée de nouveau d'une manière tout à fait semblable. Le 29 du même mois elle avait sensiblement diminué. Depuis cette époque la malade revint tous les quatre ou cinq jours revoir M. Bonnet, qui profitait de cette circonstance pour malaxer la tumeur afin de vider les kystes et de faciliter par ce moyen l'absorption de la graisse.

Le 11 mai, le lipôme, déjà réduit au tiers de son volume, fut de nouveau incisé d'après la méthode sous-cutanée.

Le 16, malaxation de la tumeur.

Le 4 juin, une dernière opération divisa, d'une manière complète, la portion restante du lipôme, qui disparut en grande partie, car vers le milieu du mois de juillet, il ne restait plus qu'une petite induration fibreuse que la malade se décida à garder, vu qu'elle ne la gênait en aucune manière.

Obs. III. *Lipôme de la région dorsale, traitement par des incisions sous-cutanées, résultat très-satisfaisant.* Louis Perrin, âgé de douze ans, natif du département du Rhône, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 décembre 1847, et vint se coucher dans la salle Saint-Philippe, service de M. Bonnet. Il présentait, sur le milieu de la région dorsale droite, une tumeur graisseuse, qui datait d'un bon nombre d'années, et qui s'était développée sans cause connue. Prenant chaque jour un accroissement graduel, elle avait fini par atteindre, il y a environ cinq ans, un volume un peu inférieur à celui du poing, et, depuis lors, elle était restée à peu près stationnaire.

Le 3 janvier 1848, M. Bonnet la divisa en tous les sens par des incisions sous-cutanées, et en déjeta les débris dans le tissu cellulaire ambiant; la douleur produite par cette opération fut nulle, le malade ayant été au préalable chloroformisé.

L'innocuité de la méthode fut complète; il ne survint rien de fâcheux. Tous les jours, la tumeur fut malaxée pendant cinq ou six minutes. Elle diminua progressivement, et le 2 février on put constater l'amélioration suivante. Au lieu d'une tumeur molle et flasque, et du volume que j'ai indiqué plus haut, il n'existait plus qu'un noyau d'induration que la palpation seule permettait de constater.

L'expérience prouve donc que les tumeurs lipômateuses peuvent être avantageusement traitées par des incisions sous-cutanées ; mais il ne faut pas conclure, en se fondant sur les observations précédentes, que toutes les tumeurs graisseuses attaquées de cette manière soient susceptibles d'éprouver une pareille amélioration. La théorie s'unit à la pratique pour démontrer que le volume considérable de la tumeur, et l'âge avancé de celui qui la porte, constituent deux contre-indications aux incisions sous-cutanées.

M. Bonnet eut l'occasion, dans le courant du mois d'avril 1845, de faire usage de cette méthode sur une dame âgée de soixante-deux ans, qui portait sur le côté gauche de la nuque une tumeur graisseuse dont la base égalait la surface de la paume de la main. Des incisions sous-cutanées furent réitérées cinq fois et à quinze jours d'intervalle ; malgré cela, la diminution de la tumeur ne put jamais dépasser la moitié de son volume primitif, et les douleurs qu'elle y ressentait ne purent disparaître.

Ces faits démontrent donc, ainsi que la théorie le faisait présumer, que par l'application de la méthode sous-cutanée on ne peut obtenir la résolution complète des tumeurs graisseuses. Les cellules dans lesquelles la graisse est renfermée ne peuvent disparaître comme le fait la graisse

elle-même. Elles doivent former et forment en effet un noyau fibreux plus dur et moins volumineux que la tumeur primitive.

Du reste, l'innocuité de la méthode est complète. Dans aucun cas on n'a vu ni suppuration ni inflammation douloureuse.

Ce nouveau procédé doit-il remplacer ceux qui sont mis habituellement en pratique, et en particulier l'extirpation par l'instrument tranchant, qui est généralement usitée? M. le professeur Bonnet ne pense pas que la préférence doive lui être accordée lorsque les tumeurs sont volumineuses et qu'elles existent chez des personnes âgées; mais chez les enfants, et pour les lipômes qui ne dépassent pas le volume du poing, la méthode sous-cutanée doit être préférée, car elle n'oblige pas le malade à garder le lit pendant plusieurs semaines; elle peut être mise en pratique sans que celui-ci interrompe ses occupations, et jamais on n'est exposé, après son emploi, à ces érysipèles et à ces phlegmons qui rendent souvent très-grave l'extirpation des lipômes de la partie postérieure du tronc.

R. Philippeaux.

DE CERTAINES TUMEURS SANGUINES ET D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT.

Par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Sous la dénomination générique de tumeurs sanguines les auteurs comprennent un certain nombre de tumeurs de nature, d'origine et de texture diverses, qui ont pour seul caractère commun de contenir du sang. Les unes (fongus-hæmatodes, tumeurs érectiles, nævi) contiennent du sang artériel ou veineux, ou artériel et veineux, renfermé dans ses vaisseaux propres, soumis évidemment aux lois de la circulation générale et conservant, dans toute leur intégrité, ses propriétés physiques, chimiques et vitales; les autres (bosses sanguines, hématocèle, épanchements sanguins dans les bourses muqueuses, dans les gaînes tendineuses) contiennent sous différentes formes, à des degrés divers d'altération, mais à peu près toujours reconnaissable, du sang amassé en foyer et jeté, suivant toute apparence, en dehors de la circulation depuis plus ou moins de temps. Les tumeurs sanguines, telles qu'on les entend aujourd'hui, peuvent donc se partager en deux classes parfaitement distinctes : les premières, essentiellement vivantes, ne sont, à proprement parler, qu'un tissu nouveau très-vasculaire pouvant s'étendre indéfiniment et compromettre plus ou moins rapidement la vie; celles de la seconde catégorie, qui seules, à notre sens, mériteraient le nom de tumeurs sanguines, sont constituées par du sang réuni en foyer

dans des loges, avec ou sans parois propres. Et parmi ces dernières il convient de distinguer celles qui sont récentes, qui compliquent immédiatement la contusion (bosses sanguines) et dont le traitement se confond avec celui de cette affection, de celles déjà anciennes dont l'origine ne peut pas toujours être constatée, ce que l'on rencontre habituellement dans les bourses muqueuses, dans les gaînes des tendons ou dans le tissu cellulaire. C'est de celles-là, seulement, que nous avons à nous occuper.

Ces distinctions préliminaires établies, nous pouvons maintenant jeter un coup d'œil rapide sur la nature et l'étiologie de ces affections, et sur les moyens mis en usage jusqu'à ce jour pour les combattre et les guérir ; nous pourrons plus facilement ensuite faire ressortir les avantages de la nouvelle méthode que nous voulons faire connaître. On attribue généralement à la contusion, à une pression longtemps continuée, à des chocs petits et souvent renouvelés, mais toujours à une violence externe la présence du sang dans les bourses muqueuses et dans les gaînes des tendons. Une fois réuni en foyer et abandonné à lui-même, ce sang ne se comporte pas toujours de la même façon : tantôt il est repris en totalité par l'absorption, et la tumeur disparaît après plus ou moins de temps ; tantôt il n'est résorbé qu'en partie, la fibrine reste, s'organise en grumeaux hordéiformes, et la tumeur de sanguine qu'elle était devient une hydropisie compliquée par la présence de ces petits corps étrangers si communs et si parfaitement connus ; tantôt enfin il conserve son aspect normal, la tumeur gardant le même volume ou, ce qui est plus commun, s'accroissant lentement ; c'est alors la vraie tumeur sanguine.

Dans l'état actuel de la science, il est assez difficile de se rendre compte d'une manière bien satisfaisante de cette différence que rien ne semble motiver ; on ne comprend pas pourquoi, dans un cas, le sang se résorbe en partie ou en totalité, et pourquoi, dans l'autre, il reste avec ses qualités et augmente dans la tumeur. Quand il persiste sans se dénaturer, conserve-t-il donc avec celui qui circule des connexions qui lui permettent de se revivifier à son contact et de se renouveler lentement par l'intermédiaire des capillaires? En un mot, participe-t-il encore, à un degré quelconque, à la circulation générale ? Physiologiquement, il n'y a que ce moyen d'expliquer le phénomène. Cette manière de voir, à laquelle manque malheureusement la sanction de l'observation directe, acquiert cependant une certaine valeur quand on considère que les tumeurs sanguines, produites par un épanchement soudain, sont celles d'où le sang disparaît le plus souvent et le plus facilement ; que presque toujours, au contraire, on rencontre du sang à peu près pur et par-

faitement liquide dans celles qui résultent de pressions ou de petits chocs souvent renouvelés, dans celles qui se sont produites lentement et qui croissent toujours. Si le sang se résorbe dans le premier cas, c'est que l'épanchement se fait par une plaie interne, qui, en se cicatrisant, laisse le sang extravasé complétement isolé, réduit à l'état de corps étranger, et comme tel soumis aux lois de l'absorption ; s'il persiste intégralement dans le second cas, c'est que les conditions de l'épanchement sont changées ; ici, il n'y a plus de déchirure, et on ne peut s'expliquer la présence du sang dans cette cavité close, à la suite de violences modérées, que par une modification accomplie dans les capillaires, modification qui, une fois produite, doit nécessairement persister, et qui place le sang épanché dans des conditions bien différentes, puisqu'elle lui permet de conserver sa qualité de liquide circulant et vivant. Sous l'influence de pressions ou de chocs continus, la membrane séreuse, par suite de changements intimes et inconnus qui s'exécutent dans son parenchyme, sécrète du sang au lieu de synovie, comme sous l'influence d'une inflammation de cause quelconque, elle sécréterait du pus ou même du sang. Ainsi comprises, toutes ces tumeurs sanguines, qu'elles siégent dans une bourse muqueuse, ou dans une bourse synoviale d'un tendon, ne seraient que de vrais *sinus* des vaisseaux capillaires, *sinus* où le sang circulerait lentement et incomplétement il est vrai, mais assez cependant pour conserver sa vitalité.

Cette distinction, que nous venons d'établir entre des tumeurs d'origine si rapprochée et ayant une marche si différente, n'a encore été faite nettement par personne que nous sachions, et cependant elle importe à un haut degré, comme nous verrons plus tard. Les épanchements sanguins récents, suite de contusions violentes (bosses sanguines), ou déjà modifiés par l'absorption (hydropisie avec grumeaux hordéiformes), ont surtout jusqu'ici fixé l'attention des auteurs ; c'est à peine si on a signalé l'affection sur laquelle nous appelons aujourd'hui l'attention, et dont nous avons cherché à éclairer l'étiologie.

Il est une autre espèce de tumeur sanguine, souvent confondue à tort avec les tumeurs érectiles, avec lesquelles, cependant, elle n'a que des rapports très-éloignés. Elle naît et se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans la peau. Elle est constituée par une cavité simple ou cloisonnée, creusée dans l'épaisseur des tissus, et, suivant toute apparence, dépourvue d'une membrane propre, ce qui, faute d'autres caractères, suffirait à la distinguer des kystes. Elle contient du sang liquide, de couleur et d'apparence veineuse, qui se trouve immédiatement en contact avec la face profonde de la peau qu'il soulève. Celle-ci, à part de la rougeur qu'elle doit autant au sang qu'elle recouvre

qu'à sa vascularisation capillaire, conserve habituellement son aspect et sa texture ; quelquefois cependant la rougeur devient très-foncée, et le derme lui-même distendu, étalé, aminci à un degré extrême, assez profondément modifié, perd entièrement son aspect normal et tranche vivement par sa nouvelle apparence sur les parties voisines avec lesquelles il se continue. Dans quelques cas il semble que la tumeur tout entière rougit et se gonfle comme une tumeur érectile quand on provoque l'afflux ou la stase sanguine dans les parties. Toujours molles et franchement fluctuantes, ces tumeurs croissent lentement et se reconnaissent avec assez de facilité ; dans le doute, une ponction avec le trocart explorateur fixerait sûrement le diagnostic. Elles peuvent siéger partout, mais il paraît qu'on les trouve de préférence sur le front. Ce siége de prédilection dans une partie découverte, exposée à des coups, à des froissements fréquents, dans une région où la peau n'est séparée d'un plan osseux solide que par une mince couche de tissu cellulaire, porterait à croire que la contusion n'est peut-être pas étrangère à leur production. Toutefois, nous devons avouer qu'il ne nous a jamais été possible de découvrir la moindre coïncidence qui pût nous mettre sur la voie de leur étiologie.

Pour établir la thérapeutique de ces tumeurs, on a pris en considération, jusqu'à ce jour, plutôt leur siége et leurs apparences extérieures que leur vraie nature ; et on a conseillé pour elles la plupart des moyens que d'habitude on emploie contre les hydropisies simples ou compliquées des bourses muqueuses, ou des gaînes des tendons, ou contre les tumeurs érectiles. Nous passerons sous silence les topiques de toute espèce qu'on a préconisés ; leur action est toujours parfaitement nulle, et personne n'y pense plus aujourd'hui. La ponction, l'incision sous-cutanée suivie de la compression, sont également sans aucune efficacité, et ne méritent pas qu'on s'y arrête. Les vrais moyens curatifs sont ceux qui ont pour but de provoquer l'inflammation des parois de la poche, et, par suite, son oblitération ; ou bien ceux par lesquels on se propose de détruire la tumeur par le bistouri ou les caustiques, c'est-à-dire les injections irritantes, le séton, les épingles, l'incision, l'excision, ou l'ablation et la cautérisation. On ne saurait nier que ces moyens ne soient, en général, très-efficaces ; mais ce qui est encore plus certain que leur efficacité, c'est le danger qui accompagne toujours leur emploi, danger qui n'est, dans aucun cas, en rapport avec la gravité du mal qu'on veut guérir.

La cautérisation laisse toujours des cicatrices difformes, ne peut pas toujours être maîtrisée dans son action et dépasse quelquefois le but qu'on s'est proposé. L'ablation, impossible pour les gaînes tendineu-

ses, difficile et dangereuse pour les bourses muqueuses qui avoisinent les articulations, est toujours remarquablement grave par l'étendue et la nature des tissus mis à nu. Les injections irritantes, le séton, les épingles, l'incision, l'excision ont souvent donné lieu à des inflammations violentes, suivies de fusées et de résorption purulentes fatales, qui ont fait regretter aux chirurgiens l'emploi de ces moyens énergiques et dangereux, pour des affections sans gravité par elles-mêmes et constituant pour les malades une gêne ou une difformité très-supportable. Ces dangers et ces inconvénients sont si flagrants qu'ils ont souvent fait reculer les chirurgiens, même les plus hardis, et que beaucoup de ces tumeurs ont été abandonnées à elles-mêmes faute de moyens curatifs efficaces et surtout sans danger pour la vie des malades. C'était là une regrettable lacune dans la thérapeutique chirurgicale, qui désormais n'existera plus; M. Pétrequin vient de donner à cette question une solution inattendue, des plus simples et des plus heureuses. Pénétré de cette vérité que les inflammations artificiellement provoquées dans un but de guérison ne sont dangereuses dans toutes les méthodes jusqu'ici employées que parce qu'elles dépassent le plus souvent les limites qu'on voudrait leur imposer, ou qu'elles revêtent des caractères autres que ceux qu'on prétendait leur donner, cet habile chirurgien cherchait un moyen de la maîtriser et de la diriger, lorsqu'il lui vint à l'idée de faire servir le sang contenu dans la tumeur, à la solution de ce problème délicat. Cette considération, que toujours et partout le sang se coagule quand les parois qui le contiennent, vaisseau ou tumeur, viennent à s'enflammer, lui fit penser que l'inverse pourrait bien être vrai ; à savoir, que le sang se coagulant dans une cavité, les parois devaient s'enflammer. S'il en était ainsi, cette inflammation toute physiologique devait, selon toute probabilité, rester dans des limites convenables, fermer les vaisseaux qui versaient du sang dans la tumeur et fournir les éléments d'une réunion des parois de la poche entre elles ou avec le caillot de sang organisé à leur intérieur. On substituait ainsi à une injection irritante dont on ne peut pas calculer l'effet, à une inflammation dont on ne peut pas à l'avance déterminer la portée et la nature, un acte essentiellement naturel et physiologique, et partant sans aucun danger pour les parties et pour la vie.

Restait à trouver un moyen de coaguler le sang. Cette partie essentielle et délicate du problème présentait des difficultés sans nombre : en effet, pour qu'on pût espérer le succès et tenter raisonnablement l'aventure, il fallait trouver un agent liquide, d'un petit volume, qui coagulât le sang sans l'attirer, sans le carboniser, ni le réduire à l'état de corps étranger; un agent qui ne produisît, sur les parois de la poche,

qu'une excitation modérée ; un agent enfin qui pût être résorbé sans danger pour l'économie.

Ces indications bien établies, M. Pétrequin avait à choisir entre un certain nombre d'acides. Tout d'abord il dut écarter les acides minéraux : trop concentrés, ces acides devaient carboniser le sang et mortifier les parties ; et si on les étendait d'eau distillée, outre qu'il devenait extrêmement difficile de rencontrer le point précis où ils seraient suffisamment atténués pour coaguler le sang sans le carboniser, on tombait dans l'inconvénient d'avoir un liquide abondant, dont l'injection dans la tumeur ne pouvait plus se faire sans la soustraction préalable d'une notable quantité de sang. Indépendamment de cela, les acides, même considérablement affaiblis, produisent sur les tissus une excitation assez énergique, qui se traduit le plus souvent par une inflammation suppurative, accident grave qu'il fallait, dans le cas, éviter à tout prix. Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, etc., étant condamnés à l'avance, on eut à voir si on ne trouverait pas parmi les acides végétaux un agent qui remplît les indications que nous avons énumérées plus haut. Parmi ceux de ces derniers qui peuvent coaguler le sang, les acides acétique et citrique se présentaient en première ligne ; leur action sur le sang, leur peu d'énergie, les doses qu'on peut supporter sans inconvénient l'économie, la facilité de se les procurer, les recommandaient avant tous les autres. Tous les deux pouvaient être injectés à un haut degré de concentration qui en diminuait le volume ; à cet état tous les deux devaient coaguler le sang sans le carboniser ; tous les deux enfin pouvaient être résorbés sans danger, et ne devaient produire qu'une irritation médiocre sur les parois de la poche. Ils paraissaient, en un mot, répondre parfaitement aux indications posées. Aussi M. Pétrequin pensa-t-il d'abord qu'il pourrait les employer indifféremment l'un ou l'autre. Cependant, comme l'acide acétique ne coagule que la fibrine du sang et non l'albumine, théoriquement on pouvait présumer que l'acide citrique, qui coagule à la fois la fibrine et l'albumine, réussirait mieux ; du reste, c'était à l'expérience à juger en dernier ressort et à dire lequel on devait préférer. A cette heure cette question est résolue pour M. Pétrequin, et il a complétement abandonné l'acide acétique pour l'acide citrique ; seulement il faut qu'on sache bien que ce dernier doit être employé parfaitement pur, et que celui du commerce est souvent sophistiqué avec l'acide tartarique.

La théorie et le raisonnement présageaient un plein succès à la nouvelle méthode ; restait à savoir si la pratique sanctionnerait ces prévisions brillantes. Les résultats, nous pouvons le dire, ont dépassé toutes

les espérances; au surplus, on en pourra juger par la lecture des observations suivantes. Nous en aurions pu citer un plus grand nombre ; mais comme elles se ressemblent toutes, nous avons mieux aimé choisir les deux plus probantes par l'étendue et l'ancienneté du mal, par les difficultés et les complications qu'elles présentaient.

Obs. I. Louise Berlioz, âgée de vingt-deux ans, repasseuse, non mariée, née à Grenay (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, n° 13 (service de M. Pétrequin), le 4 mars 1846. Cette jeune fille, grande, forte, bien réglée, d'un tempérament sanguin, d'une santé parfaite, porte sur la partie antérieure et un peu latérale gauche du front, une tumeur assez régulièrement circulaire à sa base, médiocrement saillante, au total, à peu près du volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur date de vingt et un ans; elle est survenue, au dire de la malade, à la suite d'une chute qu'elle fit en bas âge et s'est développée assez rapidement : depuis, son volume n'a pas sensiblement augmenté : elle est indolente, sans chaleur, immobile, très-molle, fluctuante, irréductible; le doigt, enfoncé perpendiculairement sur elle, déprime facilement le tégument et le liquide, arrive sur un plan inférieur à celui des parties voisines du front, et sent distinctement une surface dure et rugueuse, celle du frontal mis à nu : la tumeur repose directement, selon toute apparence, sur le diploé. La peau qui la recouvre est violacée, médiocrement tendue, luisante, amincie; si elle était d'un noir plus foncé elle rappellerait presque le cuir verni ; on la dirait profondément altérée; aux limites de la tumeur elle reprend son aspect normal. Tous les médecins que cette malade a consultés pour cette difformité d'un aspect très-désagréable, l'ont renvoyée sans rien tenter, lui disant, les uns, qu'elle ne guérirait jamais, les autres, qu'il était prudent pour elle d'éviter toute opération; un seul, M. Montain, a essayé très-inutilement des pommades fondantes. De fait il était difficile, avec ce que la science possède de moyens, de rien tenter qui offrît quelques chances de succès.

M. Pétrequin pensa qu'il avait là une tumeur sanguine développée primitivement à la face interne du péricrâne, probablement à une bosse sanguine modifiée par le long temps qui s'était écoulé depuis son apparition. Une ponction exploratrice, pratiquée avec un très-petit trocart, donna issue à du sang noir, liquide, pailleté et offrant la plus grande analogie avec le sang des règles qui a séjourné dans le vagin et l'utérus par suite de l'imperforation de l'hymen.

Le 7 mars, on essaya de coaguler le sang de la tumeur au moyen de la galvano-puncture. L'appareil marche mal et cette tentative reste complétement infructueuse. On laisse les épingles en place, soit pour irriter la tumeur, soit pour revenir à la charge s'il y a lieu.

15 mars. La tumeur n'a pas changé. Craignant que ce sang ne fût impropre à se coaguler sous l'influence électrique, M. Pétrequin renonce définitivement à la galvano-puncture, retire les épingles et pratique dans la tumeur, après en avoir retiré un peu de sang, une injection d'acide acétique concentré. Le trocart enlevé, on couvre avec soin l'ouverture qui lui a livré passage avec un morceau de diachylum. Sans qu'on eût injecté plus de liquide qu'on n'avait retiré de sang, la tumeur parut immédiatement plus dure et plus tendue. L'opération cause de vives douleurs, beaucoup plus vives même qu'on ne s'y attendait.

16 mars. La malade a beaucoup souffert depuis hier et n'a pu dormir; la tumeur est chaude et tendue; les parties voisines sont œdématiées, la paupière supérieure gauche surtout.

Compresses d'eau blanche sur la tumeur, potion calmante pour le soir.

18 mars. La turgescence inflammatoire a diminué, la céphalalgie et les douleurs locales ont disparu. La tumeur conserve toujours sa dureté.

20 mars. Même état. On donne quelques aliments à la malade.

23 mars. L'œdème des parties voisines se dissipe. La tumeur entière paraît diminuée de volume; à gauche elle est affaissée, dure; la guérison paraît s'être accomplie dans ce point; à droite et dans la plus grande partie de son étendue elle reprend de la souplesse.

26 mars. Insomnie, céphalalgie. La guérison se maintient à gauche; à droite, au contraire, la tumeur est revenue à son état primitif; la peau, dans ce point, rougit et paraît vouloir s'enflammer.

Tartre stibié, 0,10.

30 mars. Plus de douleurs. Disparition complète de l'œdème.

5 avril. La portion gauche de la tumeur, dans une petite étendue seulement, est complétement affaissée et oblitérée. A droite, la peau, toujours rouge, fait craindre qu'il n'y ait au-dessous une inflammation suppurative. Applications continues de glace pilée sur la tumeur.

11 avril. La portion droite de la tumeur est toujours rouge et un peu chaude; la peau devient plus luisante et plus mince dans un point qui s'acumine.

13 avril. Même état local. La malade aujourd'hui se plaint de céphalalgie et d'insomnie. On supprime les réfrigérants.

20 avril. Douleurs à la tempe et au-dessus de l'orbite. Sinapismes aux membres inférieurs.

26 avril. Les menaces de suppuration ayant disparu, et la tumeur ayant à peu près repris son aspect primitif, moins sa portion gauche qui a disparu dans une petite étendue, on ponctionne de nouveau avec un trocart à robinet, et on retire une certaine quantité de sang. Il est, cette fois, plus noir, moins fluide, mêlé de petits caillots, et on injecte, jusqu'à distension de la tumeur, une solution concentrée d'acide acétique. La malade, cette fois, n'accusa aucune douleur.

Potion calmante pour le soir. Pour régime, le bouillon.

Cette seconde opération ne fut suivie d'aucun des accidents, d'aucune des menaces qui avaient accompagné la première. La tumeur devint immédiatement dure, s'affaissa assez rapidement; la peau devint adhérente aux parties sous-jacentes, et le 1er mai, on pouvait considérer la guérison comme définitive. La saillie formée autrefois par la tumeur avait à peu près disparu, la poche était complétement oblitérée, et si ce n'eût été la couleur du tégument et la trace encore visible des diverses ouvertures pratiquées à différentes reprises, la malade eût été déjà méconnaissable.

Le 3 mai, la guérison était complète, et la malade sortait le 17 mai 1846 dans le plus parfait contentement.

Nous eûmes soin de prier Louise Berlioz de revenir plus tard, afin qu'on pût s'assurer que la guérison se maintenait. Elle revint après quinze jours, puis après trois mois; rien n'avait changé, sinon que le tégument reprenait sa teinte normale. Moi-même je l'ai revue encore plus tard, sans autre trace de l'horrible difformité qui faisait son désespoir, et que j'avais pu apprécier

à son entrée et durant son séjour à l'Hôtel-Dieu, que les cicatrices résultant des ponctions et des épingles.

C'était la première fois que M. Pétrequin appliquait sa nouvelle méthode, et la fatalité avait voulu que pour son premier essai, il rencontrât précisément un des cas les plus défavorables, sous tous les rapports, qui se pût imaginer. En effet, la dénudation du frontal, l'amincissement extrême de la peau constituaient des conditions fâcheuses. On avait à redouter, d'une part, que la peau ne pût s'enflammer suffisamment, ou que s'enflammant elle ne vînt à se ramollir et à se perforer, ce qui eût tout compromis; d'autre part on pouvait craindre avec raison que l'inflammation de l'os, dépassant les limites qu'on voulait lui imposer, n'amenât son exfoliation, et plus tard ne mît à nu dans une grande étendue le diploé du front. Les tissus qui formaient les diverses parois de cette poche étaient de nature différente, et leur peu de vitalité ou acquise ou naturelle pouvait avec raison faire penser que la simple coagulation physiologique du sang ne suffirait pas à déterminer une phlegmasie adhésive suffisante pour oblitérer la tumeur. Il s'en est fallu de bien peu que tous ces accidents prévus et redoutés se réalisassent : ce n'est qu'à grand'peine qu'on a pu empêcher l'ouverture spontanée de la peau, et il a fallu revenir à deux fois à l'injection acétique pour déterminer l'adhésion du derme aminci et décollé. En revanche, le succès obtenu malgré ces mauvaises conditions n'en était que plus décisif et plus éclatant, et désormais l'excellence de la méthode et la justesse des déductions physiologiques qui avaient guidé M. Pétrequin se trouvaient péremptoirement démontrées.

Obs. II. Claudine Renard, âgée de vingt-trois ans, non mariée, née et demeurant à Brignais (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 8, (service de M. Pétrequin), le 16 février 1847.

Cette jeune fille, de taille moyenne, forte et bien constituée, d'un tempérament sanguin, ayant toujours vécu à la campagne, porte à la paume de la main gauche une tumeur volumineuse qui a complétement défiguré le membre, et qui le menace aujourd'hui d'impotence par ses progrès incessants. Cette tumeur date de la première enfance. D'abord imperceptible, elle a grossi lentement, insensiblement, sans souffrances, sans jamais s'arrêter et sans autres inconvénients que de borner de plus en plus les usages de la main et des doigts. La malade, dont les occupations sont celles de la campagne, ne sait à quelle cause attribuer l'origine et les progrès de son mal.

Aujourd'hui, le creux de la main est complétement effacé et se trouve remplacé par une saillie globuleuse, uniformément arrondie, dont le sommet, situé au milieu de la paume, est plus élevé que les éminences thénar et hypothénar, et dont la surface vient en s'abaissant mourir à la naissance des doigts, au poignet et sur les deux côtés de la main. La surface palmaire ressemble exactement, en un mot, à ce qu'elle serait si on eût placé profondément sous la peau et sous les aponévroses une petite masse arrondie,

comme serait une pomme ou un peloton de fil. Sur le dos de la main, il existe, depuis quelques années seulement, deux tumeurs longitudinales, séparées par l'extenseur du *médius* et correspondant aux intervalles qui séparent le second et le troisième, le troisième et le quatrième métacarpien. Toutes ces tumeurs sont indolentes, sans changement de couleur à la peau; médiocrement tendues, fluctuantes, irréductibles; seulement la pression à la face antérieure fait saillir celles de la face postérieure et réciproquement; preuve que ces tumeurs sont formées par un liquide et qu'elles communiquent largement ensemble. La main gauche paraît plus large que la droite; le *médius*, quand les doigts sont étendus naturellement, reste un peu isolé, et en refoulant vers la paume de la main le liquide de la face dorsale, on peut, en enfonçant les doigts coiffés de la peau, apprécier un élargissement sensible des deux espaces interosseux auxquels correspondent ces tumeurs. Les efforts de la flexion, les doigts étant retenus, font gonfler et tendre les tumeurs dorsales et déterminent sur la tumeur de la face palmaire des dépressions correspondant aux tendons fléchisseurs. Abandonnés à eux-mêmes, les doigts, surtout l'index, le médius et l'annulaire restent un peu fléchis; si la malade cherche à les étendre, ils s'allongent un peu, mais incomplètement : le pouce et l'auriculaire se redressent comme à l'autre main. On peut cependant les étendre tous sans la moindre résistance, mais non pas sans que la malade témoigne un peu de douleur. Ils ont conservé tous leurs mouvements de flexion, d'extension et d'opposition, mais non leurs forces ni leur agilité. La préhension est notablement gênée par la présence de la tumeur palmaire, qui, par son volume, borne les mouvements de flexion et occupe la place où pourraient se loger les objets saisis. L'exercice des doigts amène rapidement de la gêne et de la douleur dans la tumeur, et, en définitive, ce membre est en quelque sorte, depuis longtemps, condamné à un repos obligé, par défaut de force, d'adresse, et par la douleur qu'entraîne son exercice.

Très-évidemment cette tumeur, située profondément au-dessous des aponévroses palmaires, reposant directement sur la voûte métacarpienne, avait son siége dans la gaîne commune aux trois tendons du fléchisseur profond de l'index, du médius et de l'annulaire; bridée en avant par la résistance des tissus fibreux qui abondent à la main, elle avait surmonté toute résistance en arrière et était venue s'épanouir sur la face dorsale en éraillant les muscles interosseux et les tissus aponévrotiques qui les renforcent et en disjoignent les têtes des métacarpiens. Une ponction exploratrice pratiquée avec un très-petit trocart, donna issue à du sang, ni rouge ni noir, mais exactement semblable à celui contenu dans les capillaires. Par son étendue, par son ancienneté, par les désordres qu'elle avait déterminés, cette affection constituait un cas des plus graves et des plus embarrassants. La malade, désolée de son impotence, demandait instamment à être débarrassée d'une infirmité qu'elle prévoyait devoir augmenter encore; d'un autre côté, une violente inflammation venant à se développer dans cette région, on ne pouvait se dissimuler qu'on aurait à lutter contre des accidents formidables, pouvant compromettre la vie ou exiger le sacrifice du membre. Plusieurs chirurgiens et médecins, consultés par la malade avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, paraissaient en avoir jugé ainsi; car tous avaient renvoyé Claudine Renard sans lui rien conseiller que de garder sa main comme elle était; deux seulement lui avaient vaguement proposé une opération qu'ils ne lui

expliquèrent pas. Encouragé par des succès et sûr au moins de l'innocuité de sa méthode, M. Pétrequin se décida, après mûre réflexion, à pratiquer dans cette tumeur une injection d'acide citrique concentré.

Le 17 avril 1847, on plonge un trocart de petit diamètre dans la tumeur à sa face dorsale, on retire environ le tiers du sang contenu, et on le remplace par une solution concentrée d'acide citrique. Le lendemain la tumeur était dure, tendue, sensible à la pression; les doigts étaient complétement rétractés, et le moindre effort pour les redresser causait des souffrances intolérables; la peau avait un peu rougi. La malade est tenue au lit, la main dans le repos le plus complet.

Dans les dix jours qui suivirent, on dut administrer un purgatif et appliquer par deux fois 15 sangsues au poignet pour modérer les accidents inflammatoires, qui menaçaient de prendre un trop grand développement.

Le 30 avril, toute trace d'inflammation avait disparu. La tumeur, toujours dure, ne donnant plus aucun signe de fluctuation, avait déjà notablement diminué; les doigts commençaient à s'étendre et arrivaient, naturellement alors, à la demi-flexion; mais quand on tentait de les étendre au delà, on causait toujours de vives douleurs. Dans l'idée de hâter la résolution de la tumeur et pour aider à l'extension des doigts, M. Pétrequin, sans crainte désormais du côté de l'inflammation, qui avait donné tout ce qu'on pouvait lui demander, eut recours à la compression, qu'il pratiqua de la manière suivante : un tampon de charpie placé dans la paume de la main, on applique par-dessus une attelle solide, s'étendant de la partie supérieure de l'avant-bras jusqu'au delà des doigts qu'elle dépasse, et le membre tenu dans la pronation, on fixe le tout par des tours de bande dont l'action tend à écraser la tumeur et à redresser les doigts, qui sont forcés de s'allonger sur l'attelle solide. Les bandes furent d'abord médiocrement serrées, afin de ne pas trop brusquer l'allongement des doigts, et d'aider seulement, en quelque sorte, à leur redressement naturel, à mesure de la résorption de la tumeur. Grâce aux précautions prises, la malade supporta parfaitement cet appareil.

Le 10 mai, on l'enlève et on constate une amélioration très-sensible, soit pour le redressement des doigts, soit pour la diminution de la tumeur. On le remet en place en le serrant un peu plus et en augmentant le volume de la pelote de charpie.

Le 20 mai, les doigts sont presque complétement redressés, et la tumeur est réduite à un très-petit volume; on serre encore un peu plus l'appareil.

Le 30 mai, le redressement des doigts est complet, la tumeur a entièrement disparu : il ne reste plus qu'un peu d'empâtement dans le creux de la main, qui est parfaitement reproduit, et beaucoup de raideur dans les mouvements des doigts, qui ne peuvent plus se fléchir; mais les parties ont repris leur aspect normal. On supprime l'appareil, et on engage la malade à exercer doucement sa main et ses doigts, en s'aidant du membre sain.

Les mouvements revinrent rapidement, et, le 3 juin, la malade quitta l'Hôtel-Dieu, ne conservant plus qu'un peu de raideur et de faiblesse dans les doigts, mais pouvant les fléchir et les étendre sans le secours de l'autre main.

Désireux d'assister jusqu'au bout à cette brillante cure, nous priâmes la malade de revenir plus tard montrer sa main. Elle revint effectivement le 17 juin; la guérison était complète et définitive; le membre avait repris ses

fonctions, et il ne restait plus la moindre trace d'une affection que beaucoup avaient crue incurable.

On congédia définitivement Claudine Renard, avec recommandation expresse de revenir, s'il survenait quelque chose de nouveau à la main. Depuis, nous ne l'avons plus revue.

Après des observations si complètes et si concluantes, il serait superflu de chercher à faire ressortir les avantages de la nouvelle méthode imaginée par M. Pétrequin ; ils sont flagrants, et à moins d'un insigne aveuglement il est impossible de les méconnaître. Des tumeurs que leur siége, sinon leur nature rendait éminemment incommodes, dangereuses et rebelles à tout traitement, qu'on abandonnait le plus souvent à elles-mêmes, qu'un chirurgien prudent n'attaquait qu'avec une réserve excessive, qu'on ne pouvait guérir qu'au prix de périls énormes ou de mutilations pires que le mal, en s'estimant bien heureux quand les malades ne payaient pas de leur vie des tentatives justifiées cependant par la nécessité, seront rangées maintenant parmi les affections les plus simples. On évitera désormais les mutilations, les fusées purulentes, les résorptions, et tous les accidents qui accompagnaient si souvent les méthodes employées jusqu'à ce jour. Si on se rappelle les deux observations que j'ai citées, personne, je pense, ne songera à m'accuser d'exagération dans ce pronostic ; certes, il était difficile de rencontrer deux cas plus compliqués, plus chargés d'épreuves, plus dangereux, et dont la guérison fût plus probante pour la nouvelle méthode que ce Mémoire a pour but de faire connaître. Qui peut plus peut moins ; si les injections acétique et citrique ont réussi dans ces deux cas, *à fortiori* elles réussiront dans d'autres plus simples.

Si les iatrochimistes modernes trouvent un encouragement dans le succès de M. Pétrequin, ils y trouveront aussi cet utile enseignement, que les applications de la chimie ou de la physique à la thérapeutique chirurgicale ont besoin, pour réussir, d'être étayées d'inductions physiologiques sévères, et avant tout, de ne point braver les lois de la matière vivante. M. Rambaud.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DU PETIT-LAIT, DE SES CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES, DE SA FALSIFICATION.

Il n'est qu'un nombre excessivement minime de cas où l'on puisse procéder par synthèse dans la préparation des médicaments. Il est reconnu que les éléments constitutifs d'une substance, particulièrement

parmi les substances organiques, une fois désunis, ne peuvent plus, par leur réunion, former de nouveau le même corps, jouissant des mêmes propriétés physiques et chimiques.

C'est là le secret de la nature, secret à la poursuite duquel les alchimistes ont dépensé tant de travaux et de méditations, et qui, s'ils l'eussent trouvé, leur aurait donné une puissance presque égale à celle du Créateur. Ainsi nous ne pouvons refaire de toutes pièces du vin, des fruits, de la farine, des sucs végétaux, du lait, au moins dans toutes les conditions essentielles de ces substances, car on parvient, jusqu'à un certain point, à produire des composés qui en simulent plus ou moins adroitement l'apparence et la saveur, mais qui sont loin d'avoir les mêmes vertus hygiéniques. Ces composés anormaux, comme nous l'avons déjà noté, sont assez communs dans le commerce pour que nous continuions à appeler sur eux l'attention des médecins, qui, plus que tous autres, sont à même d'en faire réprimer les abus.

Nous sommes heureux de le reconnaître, c'est que la plupart des médicaments qu'on nous a confiés pour en reconnaître la pureté sont rarement sortis de l'officine d'un pharmacien.

Le petit-lait étant souvent falsifié, nous mettons sous les yeux des médecins les caractères auxquels on reconnaît la fraude exercée sur cette substance.

Le petit-lait, ou sérum du lait, préparé selon le Codex, ou d'après la formule de M. Gay, est une boisson très-souvent prescrite en médecine pour ses propriétés rafraîchissantes et laxatives; sa couleur est légèrement ambrée, sa saveur est butyreuse, son odeur est fade, sa fluidité est moindre que celle de l'eau, sa densité varie; au lactomètre, elle est de zéro; au pèse-sirop, elle est de 5 degrés; si on l'agite dans un flacon, il se perle en se chargeant de beaucoup d'air atmosphérique, et reste mousseux pendant longtemps; abandonné à lui-même, il s'aigrit, se trouble et contracte une odeur de fromage; évaporé au bain-marie, il laisse un résidu jaune glutineux, soluble dans l'eau; ce résidu, comme l'a constaté M. Chevalier, est effervescent au contact des acides; mis sur des charbons enflammés, il brûle et répand d'abondantes vapeurs fuligineuses qui ont un peu l'odeur du lait brûlé.

Le petit-lait clarifié, mis en contact avec les acides acétique, sulfurique, muriatique, n'éprouve aucun changement physique; l'eau de chaux, la potasse caustique, l'ammoniaque, le nitrate d'argent, lui donnent un aspect laiteux. Le nitrate acide de mercure y forme à l'instant un abondant précipité; la teinture de noix de Galle, comme l'a noté M. Dorvault dans son Officine, le trouble d'abord et le précipite.

Le petit-lait factice, c'est-à-dire le petit-lait fabriqué avec des sels

dissous dans de l'eau ordinaire édulcorée et acidulée d'acide acétique, et par conséquent ne contenant pas de substance animale, est un liquide d'un jaune verdâtre, d'une limpidité parfaite, d'une fluidité égale à celle de l'eau; au pèse-sirop, il marque deux degrés; si on l'agite dans un flacon, il ne forme pas de mousse, comme le petit-lait véritable; abandonné à lui-même, il reste clair, limpide, conserve son odeur acétique et sa saveur sucrée; évaporé au bain-marie, il abandonne un résidu brun; ce résidu brûle en répandant une odeur de caramel; les réactifs ci-dessus dénommés ne lui font éprouver aucun changement dans son aspect physique, et n'y forment aucun précipité.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

NOTE SUR LES MOYENS DE RECONNAITRE LA PURETÉ DU CHLOROFORME ET DE LE RECTIFIER.

Il n'est pas d'agent chimique dont la pureté importe autant aux thérapeutistes que celle du chloroforme. Il est, en effet, d'observation, que des altérations, en apparence peu importantes, sont susceptibles d'en modifier notablement les effets, et d'occasionner des accidents, qui peuvent n'être pas sans gravité. Divers moyens ont été proposés pour constater la pureté du chloroforme; l'un, bien connu, de M. Mialhe (tome XXXIII, etc.), qui consiste à verser une goutte de chloroforme dans un tube plein d'eau, et à constater s'il devient, ou non, opalin; l'autre, d'un chimiste anglais, qui consiste à placer un cristal d'acide chromique sur un peu de chloroforme, et à examiner les changements de couleur qui peuvent se produire. Ces deux procédés ont évidemment pour but de reconnaître l'une des falsifications les plus fréquentes du chloroforme, c'est-à-dire son mélange avec l'alcool. Cette falsification n'est pas la seule qu'il importe de distinguer. Aussi les pharmaciens doivent-ils attacher beaucoup d'importance à deux autres caractères : le poids spécifique, et l'odeur particulière.

Dans une note publiée sur ce sujet, dans le dernier numéro du Monthly Journal of medicine, le docteur G. Wilson, professeur de chimie à Edimbourg, fait remarquer que, si l'on consulte la plupart des ouvrages de chimie, on y voit que le poids spécifique du chloroforme est de 1,480, et cependant les recherches qu'il a entreprises l'ont conduit à constater que ce poids spécifique est beaucoup plus élevé, même lorsque le liquide n'a pas été rectifié et rendu anhydre. Voici, en effet, le poids spécifique que lui ont donné neuf échantillons de chloroforme, de divers fabricants (à 15° centigrades, avec une balance qui mesurait à un millième de grain).

1° Echantillon commereial . . . . . 1,4636.
2° Eehantillon eommereial . . . . . 1,4851.
3° Chloroforme lavé et reetifié. . . . 1,4929.
4° Autre éehantillon lavé, reetifié . . 1,4937.
5° Echantillon eommereial . . . . . 1,4939.
6° Eehantillon lavé, reetifié . . . . 1,4966.
7° Eehantillon lavé. . . . . 1,4968.
8° Echantillon commereial . . . . . 1,4974.
9° Eehantillon lavé, reetifié. . . . . 1,4980.

On voit que, à l'exeeption du premier échantillon, qui probablement n'était pas pur, tous les autres ont donné une pesanteur spéeifique bien au delà de eelle généralement admise par les ehimistes. La moyenne de ces éehantillons est de 1,4909. Elle s'élève à 1,4956, si on ne tient compte que des sept derniers éehantillons. Enfin, les éehantillons n° 8 et n° 9 sont eeux sur la moyenne desquels on peut le plus eompter, puisque l'évaporation et la distillation en ont prouvé toute la pureté; d'où suit que le ehloroforme pur, au lieu d'avoir une densité de 1,480, doit toujours avoir au moins une densité de 1,495.

Il ne suffit pas que le ehloroforme ait une pesanteur spécifique élevée ; il faut eneore qu'il ne eontienne aueune espèce d'impureté. Le meilleur moyen d'en reconnaître la bonne eomposition, dit M. Wilson, e'est d'en examiner avee soin l'odeur. Le ehloroforme doit avoir une odeur partieulière, *fragrante*, éthérée, rappelant eelle de la pomme reinette. Tous les éehantillons qui ne possèdent pas l'odeur fragrante, et qui ont seulement l'odeur de pomme reinette, sont mal préparés, et eontiennent probablement quelque aeide ou quelque eomposé volatil irritant.

Il est un proeédé bien simple pour rendre au ehloroforme sa pureté; ce proeédé eonsiste à agiter le ehloroforme avee une certaine quantité d'eau. En effet, le ehloroforme est à peu près insoluble dans ce liquide, puisqn'il faut 2,000 parties d'eau pour dissoudre une partie de ehloroforme. Une fois le lavage opéré, on retire, avec une pipette, le liquide qui surnage. Le ehloroforme demeure au fond, parfaitement pur, tellement pur qu'il a eneore après le lavage une densité de 1,496. Si l'on voulait obtenir une plus grande pureté et rendre le ehloroforme anhydre ou presque anhydre, il suffirait de plaeer, sous une eloehe, une certaine quantité de chloroforme, à eôté d'une capsule renfermant du chlorure de calcium.

Nous ajouterons, au sujet de cette communication, et surtout relativement au peu de solubilité et au poids spéeifique du ehloroforme, que ee sont là les obstaeles prineipaux à l'emploi du ehloroforme à l'intérieur. Le ehloroforme se préeipite très-rapidement, et les premières doses

de la potion ne renferment que des quantités à peine appréciables du médicament, tandis que les dernières doses en sont littéralement surchargées. Mélangé à d'autres liquides, ces obstacles ne sont pas au reste insurmontables, et du moment où nous avons administré le chloroforme dans du sirop, nous n'avons plus rencontré les difficultés que nous avions d'abord éprouvées, surtout en ayant la précaution d'agiter très fortement la liqueur avant son emploi.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LES CALCULS SALIVAIRES QUE L'ON RENCONTRE DANS LA RÉGION SUB-LINGUALE N'ONT POUR NOYAU AUCUN CORPS ÉTRANGER AUTRE QUE LES SELS CALCAIRES DONT ILS SONT FORMÉS.

Il existe dans la science bon nombre d'observations où l'on a trouvé, au voisinage des glandes sous-maxillaires et sublinguales, des corps de dureté calcaire. Ces corps ont été considérés par tous les auteurs comme des calculs salivaires. Un jeune médecin est venu élever des doutes sur ce point, et a prétendu que ce qu'on avait pris pour des concrétions calcaires pourrait bien n'être assez souvent que des dents plus ou moins corrodées, plus ou moins développées, dont la surface, plus ou moins encroûtée de tartre, aurait, en rendant ces ostéides méconnaissables, donné lieu à cette erreur. Cet auteur, apportant un fait à l'appui de cette étiologie, qui rapporte à une dentition supplémentaire la production de ces corps étrangers, devait exiger la production de nouvelles observations plus complètes, bien que des considérations nombreuses s'élevassent contre cette étrange hypothèse. Aujourd'hui le doute n'est plus permis, d'après le résumé analytique d'un travail de M. le professeur Forget, inséré à la page 158 du XXXIII[e] volume du *Bulletin*, et il reste bien démontré que les calculs salivaires n'ont pour noyau aucun corps étranger.

Aux trente-neuf cas recueillis par le savant professeur de Strasbourg, on pourrait en ajouter bien d'autres, contradictoirement à l'opinion soutenue dans le Mémoire de M. Stanski ; nouvelle preuve de la nécessité d'avoir bien vu et beaucoup vu avant d'écrire ; car tel théoriseur qui prétend inscrire les principes de la science ou en tracer les lois, marche plus d'une fois à côté du vrai. Cette réflexion s'applique à bon nombre de nos jeunes littérateurs, dont les livres même sur la médecine pratique ressemblent par trop à des romans.

Voici l'exposé succinct de deux cas de calculs salivaires dont la connaissance pourra intéresser le physiologiste autant que le praticien.

C..., chapelier de cette ville, âgé de trente-deux ans et doué d'une excellente constitution, se trouvait pris, depuis plusieurs jours, d'un mal de gorge assez intense, lorsqu'il nous fit appeler, le 16 avril 1842. Engorgement des glandes sous-maxillaires, avec tuméfaction des parties voisines, surtout au-dessous de la portion libre de la langue. Impossibilité de prendre des aliments solides et difficulté *plus grande que jamais* dans l'articulation des mots et dans les mouvements de la langue. (Application de sangsues; pédiluves, gargarismes émoll...) Dès le lendemain, on aperçoit un point blanc à côté de l'orifice droit du conduit de Warton, avec légère fluctuation. Un coup de lancette donne issue à une assez grande quantité de pus, et laisse entrevoir à l'endroit de la piqûre un corps dur et blanchâtre que nous retirons à l'aide d'une petite pince, et qui n'est autre chose qu'un calcul oblong et de forme ovoïde, offrant 2 centimètres de long sur 5 millimètres de large dans son plus grand diamètre, et pesant 95 centigrammes. Ce calcul que nous conservons, formé de couches concentriques plus denses vers la périphérie et plus friables à l'intérieur, ne présente pour noyau *aucun corps étranger*.

Mais, et voici le côté intéressant de ce fait, deux jours s'étaient à peine écoulés, et C*** n'était pas seulement guéri de son mal à la gorge, mais encore parlait-il aussi librement qu'autrefois. Nous avons déjà mentionné une difficulté plus grande dans le parler. Or, faut-il bien savoir que depuis près de sept ans, C*** était devenu de plus en plus bègue, et cela d'une manière si frappante que, durant sa tournée d'ouvrier, il avait dû réclamer les soins et les avis de plusieurs médecins de Marseille et de Lyon, lesquels avaient tous pris cette infirmité pour un symptôme de lésion ou d'affection cérébrale.

La guérison subite de cette infirmité qui avait causé tant d'alarmes à C*** et à sa famille, ne s'est pas démentie depuis.

Le 28 octobre 1843, Mlle G***, âgée de vingt-quatre ans et habitant une campagne dans le département du Tarn, se présente chez nous avec un engorgement considérable de la glande sous-maxillaire du côté droit : depuis près de deux ans on n'avait point cessé de faire sur la partie malade des applications et des frictions de toute espèce, les traitements internes n'avaient point été oubliés. Mais, comme le mal allait en augmentant, et que des douleurs *lancinantes* se faisaient sentir plus souvent et se propageaient de la glande indurée jusqu'à la langue et dans tout le côté correspondant de la tête, on avait fini par supposer qu'il ne s'agissait de rien moins que d'une *dégénérescence cancéreuse*, lésion qu'il n'était désormais possible de détruire qu'au moyen d'une opération.

Déjà le moral de cette personne était vivement affecté, ne voyant d'autre terme à son mal qu'une mort inévitable.

L'examen attentif du point malade, joint aux commémoratifs, et surtout à la sensation que nous avions éprouvée en passant le doigt sur la partie correspondante au conduit de Warton, presque au niveau du point d'anastomose du ganglion nerveux sous-maxillaire avec le nerf lingual, nous fit supposer, un instant, qu'il pourrait bien n'être question que de la présence d'un calcul engagé dans ce canal.

L'introduction d'un très-petit stylet confirma jusqu'à un certain point notre diagnostic, non-seulement à cause de l'obstacle que rencontrait l'instrument, mais surtout à cause de la dureté de cet obstacle.

Le lendemain, nous introduisons de nouveau le stylet, et, sur le point soulevé par l'extrémité de celui-ci, nous pratiquons une incision qui nous permet de retirer un petit calcul *très-dur*, de forme oblongue et pesant 0,45 centigrammes. Ce calcul, que la famille de Mlle G*** voulut se réserver, était plus blanc et plus dur que celui de C***; nous le partageâmes en trois petits morceaux, et nous ne trouvâmes ni *noyau étranger*, ni aspect de couches concentriques.

Vingt-quatre heures après l'opération, Mlle G*** pouvait prendre des aliments solides, et, au bout d'un mois, non-seulement toute douleur avait disparu, mais encore ne restait-il pas la plus légère trace de l'engorgement glandulaire.

Nous avons eu occasion de revoir en novembre dernier Mlle G***, qui jouit d'une très-bonne santé.

L. Privat, D. M.
à Bédarieux (Hérault).

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

FRACTURE *du col de l'humérus, avec déchirure de la veine axillaire. Résection du fragment inférieur, ligature de la veine. Guérison.* Parmi les accidents les plus redoutables des fractures, se placent au premier rang les lésions des gros vaisseaux artériels ou veineux des membres. Si les déchirures des artères ont une très-grande importance, en ce sens qu'elles occasionnent un abondant épanchement de sang au niveau de la fracture et dans une grande partie du membre qui en est le siége, et qu'elles réclament des opérations d'une assez haute gravité, les plaies des veines constituent une complication souvent aussi dangereuse, lorsque la veine intéressée est le vaisseau veineux principal du membre. Les plaies de la veine fémorale sont considérées comme tellement dangereuses, que les chirurgiens ont souvent préféré pratiquer l'amputation du membre, à exposer le malade, par une ligature, à tous les accidents de l'arret du sang veineux. Sans être aussi graves que les plaies de la veine fémorale, les plaies de la veine axillaire présentent au chirurgien beaucoup de difficulté relativement à la conduite qu'il doit te-

nir, et au danger que peut entraîner la suspension même momentanée de la circulation veineuse. On verra, par le fait suivant, que dans le cas de fracture avec déchirure de la veine axillaire, la ligature de la veine a pu être pratiquée avec le plus grand avantage. Un enfant de treize ans tomba du haut d'un échafaudage; il rencontra, dans sa chute, l'extrémité supérieure d'un pieu, qui lui fit, au fond de l'aisselle du côté gauche, une plaie contuse, et fractura la tête de l'humérus près du col anatomique. Le fragment inférieur faisait saillie entre les lèvres de la plaie, et son extrémité, serrée par les téguments, présentait les rugosités, indices de l'insertion des muscles de l'épaule. Dans la crainte d'être forcé, pour réduire, de pratiquer un débridement trop étendu, le docteur William Fraser se décida à réséquer un pouce environ de la portion saillante de l'os. Après cette résection, il fallut encore, pour faire rentrer le fragment, pratiquer de bas en haut une incision d'un pouce et demi de long. La réduction opérée, on allait placer le membre dans un appareil convenable, lorsqu'on s'aperçut que l'hémorrhagie, qui avait lieu à partir de l'accident, continuait plus intense que jamais. Force fut d'aller chercher au fond de la plaie la source de cette hémorrhagie. En écartant les lèvres de la plaie, on aperçut le plexus axillaire qui était à nu, et une grosse veine, placée à côté de ce plexus, fournissait du sang en abondance. Quelles que fussent les craintes de l'auteur de déterminer une phlébite, il passa outre, de peur de voir le malade périr d'hémorrhagie. Deux ligatures furent appliquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie de la veine. Cette partie de l'opération ne présenta aucune difficulté, parce que le vaisseau avait été en partie décollé de la gaîne celluleuse; l'hémorrhagie arrêtée, les hords de la plaie furent réunis par quelques points de suture, le membre fut placé dans un appareil. Il ne survint d'autre accident qu'un gonflement considérable de l'épaule et du membre vers le cinquième jour; les ligatures tombèrent le septième jour, sans hémorrhagie. Un mois après, la consolidation était opérée, et les mouvements du membre, sans être aussi étendus que du côté opposé, permettaient cependant au malade de porter la main à la tête. (*The Lancet*, juillet 1848.)

GANGLIONS LYMPHATIQUES ENGORGÉS (*Procédé nouveau pour l'extirpation des*). Un des points les plus embarrassants de la pratique des affections vénériennes est le traitement des engorgements ganglionnaires rebelles. Lorsque malgré l'emploi méthodique et tenace des résolutifs locaux et généraux, la suppuration vient frapper le tissu cellulaire qui entoure le ganglion inguinal, le pus finit par se faire jour au dehors, et la glande, sous forme d'une masse globuleuse, reste au fond de la plaie et entretient une sécrétion persistante que son extirpation peut seule tarir. Trois procédés existent pour détruire le noyau ganglionnaire : la cautérisation, la ligature et l'excision; aucun des trois n'ont paru à M. Diday exempts de graves inconvénients : outre qu'elle est très-douloureuse, la cautérisation ne constitue pas un moyen certain d'enlever toujours la totalité des tissus malades sans courir le risque de dépasser inutilement et parfois dangereusement leur limite : la ligature est possible seulement dans les cas rares où la glande, déjà isolée par la suppuration, ne tient plus, en quelque sorte, aux parties voisines que par un pédicule. Quant à l'excision avec le bistouri ou les ciseaux courbes, quoi qu'on en ait écrit dans les livres, elle est impossible; la laxité des connexions et la mollesse de la texture de la glande engorgée n'ont jamais permis à M. Diday d'achever l'extirpation du champignon ganglionnaire, il fuit au-devant du tranchant aussitôt que celui-ci l'a en partie isolé. Pour arriver à une énucléation complète du tissu glandulaire si friable, M. Diday a imaginé une petite cuiller en acier, représentant un fragment d'ellipsoïde, à hords tranchants, terminée par une pointe assez aiguë; sa longueur est de 2 centimètres 1/2, et 1 centim. 1/2 dans sa plus grande largeur.

La manœuvre de cet instrument est facile à concevoir; elle est en tout semblable à celle qu'on emploierait pour détacher et enlever, à l'aide d'une cuiller de table, une partie quelconque en forme de champignon, et qui serait placée dans une cavité. Une recommandation que fait M. Diday est de s'assurer tout

d'abord des limites de la tumeur à extirper. Cette exploration se fait en imprimant avec le bout du doigt quelques mouvements de latéralité à la portion du ganglion qui paraît à l'extérieur; la direction et la profondeur où l'ébranlement se propage indiquent le point sur lequel il faut porter l'instrument pour circonscrire en entier la tumeur. Le chirurgien introduit alors la petite cuiller à travers la solution de continuité qui existe à la peau jusqu'à la base du ganglion; la nature du tissu glandulaire est tellement cassante et sécable, que jamais M. Diday n'a eu besoin de faire avancer l'instrument par un mouvement de scie; la simple pression lui a toujours suffi pour séparer la base de la tumeur et la ramener au dehors dans la cavité de l'instrument.

En agissant par la pression, il se peut qu'on termine moins vite, mais on ne risque point de léser les vaisseaux cruraux sous-jacents, bien que le bord de l'instrument soit trop peu tranchant pour arriver, sous l'influence d'une simple pression, à diviser l'aponévrose sous laquelle passe le cordon vasculaire. Cette disposition des parties montre au moins qu'il faut se garder de faire cheminer l'instrument, la pointe dirigée vers les parties profondes. Quand une première tentative n'a curé qu'une partie du foyer ganglionnaire, on achève de le débarrasser de la même manière, soit immédiatement, soit dans une autre séance. Lorsque la masse apparente de la glande a été extirpée, si on en voit surgir au bout de quelques jours une nouvelle portion, il faut de nouveau l'extraire. Une fois la plaie délivrée de cette sorte de pois à cautère organique, elle marche sans entrave vers une prompte cicatrisation. Les phénomènes inflammatoires consécutifs sont nuls quant à la réaction générale, extrêmement modérés sur place. Bref, tout se passe comme si l'on avait enlevé un corps étranger, bien plus que comme après l'ablation d'une partie vivante.

M. Diday a mis ce procédé en pratique sur six malades affectés de bubons suppurés, où la présence d'une masse engorgée rendait la cure interminable; et chez tous, le résultat instantanément obtenu lui a prouvé l'incontestable supériorité de l'*énucléation* sur l'excision et la cautérisation. Seulement, à la suite de la première opération, il se manifesta une hémorrhagie en nappe fort abondante. Lorsque la glande a été enlevée en partie, la persistance de l'écoulement du sang tient à ce que, traversant un tissu dur, friable, sans flexibilité, les vaisseaux ne sont pas liés, maintenus rigides, et ne peuvent, quand ils ont été divisés, ni se rétracter selon leur longueur, ni se contracter suivant leur largeur. Lorsqu'on a taillé en pleine masse morbide, pour ne pas avoir à lutter contre ce symptôme, il faut fermer les orifices béants des vaisseaux, à l'aide d'un corps directement appliqué sur leur lumière béante. Aussitôt que ce chirurgien a extrait le ganglion, il introduit au fond du foyer même une première boulette de charpie bien compacte et serrée; une ou plusieurs autres sont alors superposées et maintenues un peu fortement avec deux doigts par le malade. Grâce à ce tamponnement, que le chirurgien devrait maintenir lui-même, pour peu qu'il se défiât de l'intelligence de son client, au bout d'une demi-heure tout danger d'hémorrhagie est conjuré, et du moins M. Diday n'en a pas observé la plus légère apparence depuis qu'il use de cette simple précaution.

Tel est le procédé que propose, pour l'extirpation des ganglions suppurés, le chirurgien en chef de l'Antiquaille; son exécution est facile, et les résultats, bien que sanctionnés par un petit nombre de faits, le recommandent à l'attention des praticiens. (*J. de méd. de Lyon*, mai 1848.)

GOUDRON, *ses bons effets, administré à l'intérieur, dans certaines formes de maladies cutanées.* Tout le monde connaît les bons effets de la pommade de goudron, dans le traitement de plusieurs affections de la peau, et en particulier des affections squammeuses (*lepra*, *psoriasis*...). Mais ce qu'on connaît moins, c'est le bon effet de cet agent thérapeutique administré à l'intérieur, dans le traitement de ces mêmes affections. Il paraît que c'est le docteur Sutro, médecin d'un hôpital d'Allemagne, qui, le premier, a eu l'idée de l'administrer à l'intérieur; et pour en rendre l'administration facile, il a fait préparer des capsules gélatineuses, renfermant chacune dix gouttes de goudron pur de Stockholm. Le docteur J. Wetherfield en a reconnu également les bons effets.

Ainsi il a administré le goudron dans deux cas rebelles d'*acné*, qui datait depuis plusieurs années. La face, le cou, les épaules étaient criblés, et en quelque sorte défigurés par cette éruption, qui avait résisté à toute espèce de traitement. Le malade prit trois capsules par jour, et continua ce traitement pendant trois mois. A cette époque, la maladie avait entièrement disparu; de sorte que l'auteur n'est pas éloigné de considérer le goudron comme une espèce de spécifique contre l'acné. L'*eczéma impétiginodes* et l'*eczéma du cuir chevelu* lui ont paru céder également au même traitement. Ainsi, dans deux cas d'eczéma impétiginodés, dont l'un datait de huit ans, l'autre d'un an seulement, il a employé à la fois les capsules à l'intérieur et la pommade de goudron à l'extérieur. En deux ou trois mois le succès a été complet. Or, l'un de ces cas était remarquable par l'étendue de la maladie, qui occupait à la fois les extrémités supérieure et inférieure et une grande partie du tronc, et par sa résistance à un très-grand nombre de traitements, y compris l'arsenic. Plusieurs cas d'eczéma du cuir chevelu ont été traités de même avec grand succès. Dans un de ces cas, l'auteur a remplacé la pommade de goudron par un bain de goudron. Un malade affecté de *lepra vulgaris* a été soumis, pendant un mois, à l'administration du goudron à l'intérieur. L'amélioration était évidente, lorsque le malade se refusa à continuer le traitement. La transpiration de ce malade exhalait une odeur de goudron caractéristique. Dans le traitement du *psoriasis palmaris* et *nasi*, l'auteur a ajouté, à l'usage interne des capsules, pour le premier des maniluves d'eau de goudron pendant un quart d'heure, et immédiatement après, de saupoudrer les surfaces malades avec de la poudre d'amidon; pour le second une pommade de goudron, que l'on étend le soir en se couchant, et que l'on enlève le lendemain matin avec de l'eau froide. Deux cas de *prurigo senilis*, des plus rebelles, chez des sujets de quatre-vingt-cinq et de quatre-vingt-dix ans, furent traités par l'application de la pommade de goudron sur les surfaces malades. Les jambes, siége de cette éruption, étaient en outre entourées par un bandage roulé; tous les deux ou trois jours, on détachait le goudron, en plongeant les membres dans un bain de son. Les démangeaisons ont été considérablement soulagées; et bien que les malades n'aient pas guéri radicalement, c'est le seul traitement qui ait pu leur donner du calme pendant quelques mois. Enfin l'auteur a traité par l'usage interne des capsules de goudron un cas de *sycosis menti*, qui avait résisté à une foule de remèdes (carbonate de fer à haute dose, salsepareille, eau de chaux, arsenic, mercure......, etc.); une capsule donnée matin et soir a fait disparaître non-seulement les croûtes, mais aussi les pustules, qui étaient une cause de douleur pour le malade, toutes les fois qu'il voulait se raser. En résumé, ajoute M. Wetherfield, le goudron administré à l'intérieur agit comme diurétique et comme diaphorétique, il augmente la quantité des urines, dans lesquelles sa présence est facile à reconnaître à l'odeur qu'il leur communique; il augmente également la transpiration, et donne à celle-ci et au linge qui s'en imprègne une odeur de goudron prononcée. Ces propriétés jointes à cette circonstance que, donné à petite dose, il active les fonctions digestives au lieu de les troubler, rend le goudron précieux dans le traitement des affections chroniques et rebelles de la peau, que l'administration de l'arsenic n'a pas guéries ou que l'idiosyncrasie du malade empêche de traiter par des préparations arsenicales. (*London Medical Gazet*, juin 1848.)

LUETTE (*Symptômes graves dus au simple prolapsus de la*). Des faits nombreux prouvent à l'envi de quels symptômes variés cette lésion, si simple en apparence, devient parfois la cause; mais il est bien rare de lui voir simuler d'aussi graves altérations que dans le fait suivant, communiqué par le docteur Cabaret à la Société de médecine pratique de Montpellier.

Mme D..., âgée de cinquante ans, née de parents robustes, ayant joui jusque-là d'une santé excellente, éprouva, en mai 1845, une bronchite qui, après une amélioration momentanée, s'exaspéra de nouveau vers les derniers jours du mois de septembre. On la combattit alors par quatre saignées et deux applications de sangsues dans l'espace de cinq jours. Malgré un traitement aussi actif, la toux persista pendant tout

le mois d'octobre, accompagnée d'une expectoration de crachats abondants et jaunâtres; la respiration était pénible; la douleur sous-sternale supportable. La région du thorax, qu'elle occupait, donnait un son mat dans un grand espace. La fièvre était incessante et s'accompagnait, chaque jour, de paroxysmes qui se terminaient par des sueurs nocturnes. La maigreur était extrême. Les eaux de Challes, la décoction de lichen, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer furent administrés sans succès.

Après avoir consulté plusieurs médecins, qui tous portèrent un pronostic fatal, M. Cabaret fut appelé le 10 décembre. La pâleur du visage de la malade, son excessive émaciation, son abattement physique et moral paraissaient traduire la désorganisation d'un viscère essentiel à la vie; néanmoins la poitrine, explorée soigneusement, rendait un son clair dans toute son étendue, excepté à son sommet où elle offrait une matité évidente. Notre confrère constata, en outre, que la luette mollasse, allongée et flottante sur la partie postérieure de la langue, était le siége d'un gonflement œdémateux. Il pensa que là était la cause de tous les accidents, et proposa, en conséquence, de pratiquer pour tout traitement l'excision de la luette, qui est immédiatement pratiquée. Le 15 décembre, diminution de la fréquence de la toux, respiration plus facile, expectoration moins abondante, sueurs nocturnes peu marquées, paroxysmes fébriles moins violents, disparition complète de la douleur du larynx; l'appétit augmente. Le 26, toux de plus en plus rare, quelques crachats muqueux; la percussion de la poitrine donne partout un son clair; la chaleur de la peau est normale, le pouls moins fréquent, plus de paroxysmes fébriles, plus de sueurs. L'embonpoint s'établit et fait des progrès. Le 15 janvier, cette dame cessa tout régime. La toux avait entièrement cédé, et toutes les surfaces de la cavité thoracique percutées avec soin résonnaient comme dans l'état physiologique. L'embonpoint était plus considérable qu'avant la maladie. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé.

OPÉRATION CÉSARIENNE *pratiquée sur une femme morte, avec succès pour l'enfant.* Parmi les cas d'opérations césariennes, qui sont pratiquées après la mort de la femme et dans le but de sauver la vie de l'enfant, en il est un très-petit nombre dans lesquels on ait pu obtenir ce résultat si désiré. Le plus souvent il arrive que l'enfant est retiré des entrailles de la mère dans un état d'asphyxie complet, on a trop tardé à opérer. La crainte de voir se renouveler la méprise de Peu, qui pratiqua une opération césarienne chez une femme seulement en syncope, arrête toujours la main de l'accoucheur, et dans ces circonstances, quelques minutes d'hésitation suffisent pour amener un insuccès.

Lorsqu'on se trouve près d'une femme expirante pendant le travail de l'enfantement, après avoir préparé le bistouri, seul instrument nécessaire en cette circonstance, le chirurgien doit se hâter de placer l'oreille sur la région précordiale de la mère, et dès qu'il cesse de percevoir les battements du cœur, il ne doit avoir aucune incertitude sur la réalité de la mort et se hâter d'opérer. Cette donnée importante, qui découle des recherches récentes de M. Bouchut, est appelée à rendre un immense service à l'homme de l'art en lui traçant net tement sa ligne de conduite.

Voici maintenant le fait du docteur Celestino de Pelayo :

Une femme de trente ans, rachitique, portant deux gibbosités bien prononcées, ayant habituellement la respiration difficile, d'une santé très-délicate, était parvenue au terme de sa première grossesse. Les douleurs marchaient assez irrégulièrement lorsque l'auteur fut appelé. La poche des eaux achevait de se rompre et l'orifice utérin, à moitié dilaté, permettait de sentir le vertex du fœtus en position directe. Le bassin, bien que peu ample, ne paraissait pas cependant mettre obstacle à la sortie de l'enfant. Les douleurs continuèrent, l'orifice utérin se dilatait entièrement, et la tête du fœtus s'était engagée dans l'excavation pelvienne, lorsque tout à coup la malade s'écrie qu'elle étouffe, qu'elle va mourir. Elle est prise de convulsions tétaniques et succombe immédiatement. Après quelques tentatives inutiles pour ranimer cette femme, M. Pelayo se décida à pratiquer, sans aucune temporisation, l'opération césarienne, par la méthode de Mauriceau. Sans autre aide qu'une femme qui soutenait les parois du

ventre, il ouvrit rapidement l'utérus et en retira une petite fille robuste, mais asphyxiée. Il pratiqua immédiatement des insufflations dans la bouche de l'enfant et des frictions sèches sur la région précordiale et le long du rachis. Après quelques instants l'enfant exécuta quelques inspirations et revint entièrement à la vie.

L'auteur ajoute que dans vingt-sept ans de pratique il a eu l'occasion de faire six fois l'opération césarienne après la mort de la femme, et c'est la première fois qu'il ait réussi à extraire un fœtus vivant. Cette triste réflexion montre toute l'importance de l'auscultation dans ces cas, puisqu'elle indique d'une façon certaine que le moment est venu d'extraire l'enfant vivant du sein de la mère dont la mort est consommée. Nous publions aux variétés un extrait du beau rapport de M. Rayer, sur le travail de M. Bouchut. (*El Telegrapho medico*, 2e trimestre 1848.)

ORCHITE AIGUË (*Emploi du laudanum contre les vives douleurs de l'*). On n'est pas assez fortement convaincu de la nécessité de combattre avec énergie les premiers phénomènes inflammatoires de l'orchite. Une saignée, et souvent même une seule application de sangsues à la partie supérieure du scrotum, au niveau de la racine de la verge, constituent, en général, la dose des émissions sanguines que l'on emploie au début de cette affection; outre les engorgements testiculaires que ce traitement insuffisant laisse souvent après lui, il arrive encore quelquefois que la congestion sanguine continue à marcher, et que des phénomènes d'étranglement se manifestent dans la glande séminale. L'on sait combien les douleurs qui se manifestent alors sont intenses, et l'inutilité des saignées à cette période. Pour parer à ces inconvénients, M. Vidal lève cet étranglement en pratiquant une ponction de la membrane albuginée du testicule, à l'aide d'une lancette. Tout innocente que soit cette petite opération, ainsi que le prouve la pratique journalière du chirurgien de l'hôpital des Vénériens, beaucoup de praticiens hésitent à la pratiquer, quelque intenses que soient les douleurs du malade. Nous avons vu M. Voillemier prescrire, dans ces circonstances, l'emploi d'un moyen tout à fait inoffensif et sous l'influence duquel les douleurs testiculaires les plus vives se dissipent quelquefois assez promptement; il consiste dans l'application, sur l'organe malade, d'une compresse imbibée de laudanum pur, que l'on recouvre d'un morceau de taffetas gommé. Au bout de quelques heures les douleurs cessent, et il n'est pas rare de voir le travail inflammatoire céder lui-même à l'action stupéfiante du narcotique. Nous nous sommes quelquefois bien trouvé, dans les mêmes circonstances, de l'emploi d'un mélange à partie égale d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, que nous faisions étendre sur un morceau d'ouate, avant de l'appliquer sur le testicule.

PERSESQUINITRATE DE FER, *ses bons effets dans le traitement de quelques formes de diarrhée*. Il est quelques formes de la diarrhée dans lesquelles il existe des évacuations séreuses multipliées, occasionnant un affaiblissement considérable, et cela sans qu'il y ait de douleurs de ventre, ou bien des douleurs extrêmement légères. Ces formes de diarrhée, que l'on observe surtout chez des femmes faibles et délicates et sujettes à des accidents nerveux, tels que des palpitations, des maux de tête, des insomnies..., etc., se prolongent pendant des semaines et des mois, sans que les moyens le plus généralement mis en usage parviennent à pouvoir en triompher ou seulement pendant quelques jours. Les astringents ordinaires, le ratanhia, le cachou, la gomme kino restent ordinairement sans effet. L'opium lui-même échoue généralement, ou bien n'apporte qu'un soulagement momentané, accompagné de malaise, de débilité, d'agitation..., etc. Dans ces formes de diarrhée, qui ne sont jamais accompagnées d'ulcérations intestinales, mais qui paraissent tenir à un état de relâchement de la membrane muqueuse, le professeur Graves et le docteur W. Kerr ont eu recours, avec le plus grand succès, soit en Angleterre, soit dans l'Inde, au persesquinitrate de fer. Des diarrhées qui dataient de sept mois à deux ans ont parfaitement guéri sous l'influence du persesquinitrate de fer liquide donné d'abord à la dose de 7 ou 8 gouttes par jour, puis à celle de 12 à 15 comme maximum. L'amélioration qui suit l'emploi de ce sel de fer se montre en quelques jours; la diarrhée diminue d'abord

et se suspend entièrement de deux à trois semaines après l'administration du médicament, sans aucun trouble dans la santé générale, sans gonflement de l'estomac, sans tympanite, sans colique, sans agitation ni dérangement nerveux. Dans les cas graves, il convient quelquefois de commencer par une bien petite dose, 5 gouttes données dans un véhicule approprié, en 2 ou 3 fois par jour, et graduellement en porter la dose à 15, 20 ou 30 gouttes. Le persesquinitrate de fer peut être donné par la bouche ou en lavement. — Voici maintenant la formule de la préparation du persesquinitrate de fer, telle qu'elle est donnée par le docteur Kerr.

Pr. Fil d'archal du n° 17..	30 grammes.
Acide nitrique.......	90 grammes.
Eau..................	1710 grammes.
Acide hydrochlorique.	4 grammes.

Mêlez l'acide nitrique avec 450 gr. d'eau (par un temps chaud, la quantité d'eau peut être un peu plus considérable, un peu moindre au contraire par un temps froid), dans un vase de terre capable de contenir trois ou quatre fois cette quantité de liquide; jetez dans cet acide, étendu d'eau, le fil d'archal coupé en petits morceaux; couvrez légèrement, laissez reposer; huit à douze heures après, l'opération est terminée. On décante la solution, et on y ajoute le reste de l'eau avec l'acide hydrochlorique, de manière à avoir, en tout, 1,800 gr. de liquide. Dans ce procédé, il doit y avoir toujours un léger excès de fer (environ 1 gramme et demi) pour assurer la combinaison de la totalité de l'acide. S'il y avait un grand excès de fer, et si on le laissait séjourner longtemps dans la solution, on convertirait le persesquinitrate en protonitrate. Lorsqu'elle est bien préparée, la solution du persesquinitrate de fer est d'une couleur rouge foncé qui rappelle celle du vieux cognac, et d'un goût très-astringent. Le carbonate de soude y produit un précipité rouge, sans aucun mélange de teinte verte. La grande quantité d'eau et l'acide hydrochlorique sont ajoutés dans le but de rendre la solution transparente. Par un temps froid, on peut la conserver pendant deux ou trois mois, sans qu'elle se trouble ou laisse déposer. (*Monthly Journal*, mai 1848.)

PESSAIRES *médicamenteux* (*Un mot sur les*) *dans les affections du vagin et du col de l'utérus.* Dans ces maladies, on emploie diverses substances médicamenteuses en applications locales et sous diverses formes, principalement sous forme solide (le nitrate d'argent, la potasse, par exemple), ou sous forme liquide (les injections médicamenteuses en général). Ainsi qu'on le comprend, ces applications locales ne sauraient être que temporaires ou durer quelques minutes au plus. Il est cependant quelques formes de maladies dans lesquelles il n'est pas sans importance de maintenir continuellement les applications thérapeutiques. Les pessaires médicamenteux, que M. Simpson a introduits dans la pratique il y a quelques années, remplissent parfaitement cette indication. Avec eux, dans le cas où le col de l'utérus est ulcéré ou induré, on maintient cette portion de l'organe au milieu d'un bain de pommade mercurielle ou iodée, et cela avec un très-heureux résultat. Ces pessaires remplissent encore une autre indication, dans les cas d'irritation ou d'inflammation de la membrane muqueuse du col de l'utérus ou du vagin. Ils maintiennent séparées les surfaces malades, et l'on sait combien cette circonstance est importante dans la pathologie des surfaces muqueuses et cutanées. M. Simpson emploie diverses substances dans la composition de ces pessaires médicamenteux : le zinc et le plomb comme émollients; le mercure, l'iode, l'iodure de plomb comme résolutifs; le tannin, l'alun et le cachou comme astringents; l'opium et la belladone comme calmants. Ces pessaires ont le volume d'une noix. Les malades les introduisent elles-mêmes, un ou deux dans les vingt-quatre heures. Ils sont composés du médicament qui en fait la base, combiné avec l'axonge, de manière à en faire une pommade, et amenés au degré de consistance convenable par le mélange de 4 à 8 grammes de cire jaune par 30 grammes de pommade. Pour leur donner une consistance qui permette de les manier, on les plonge, une fois terminés, dans un mélange formé de cire et de résine, rendu liquide par la chaleur. Voici les formules qui lui ont paru le plus convenables :

Pessaires à l'oxyde de zinc.

Pr. Oxyde de zinc........ 4 grammes.

	Cire blanche.........	4 grammes.
	Axonge..............	24 grammes.

Mêlez et divisez en 4 pessaires.

Pessaires à l'acétate de plomb.

Pr.	Acétate de plomb...	2 grammes.
	Cire blanche.........	6 grammes.
	Axonge..............	21 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

Pessaires mercuriels.

Pr.	Onguent mercuriel double..........	8 grammes.
	Cire blanche.......	8 grammes.
	Axonge............	16 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

Pessaires à l'iodure de plomb.

Pr.	Iodure de plomb...	1.20 gramme.
	Cire jaune.........	6 grammes.
	Axonge...........	24 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

Pessaires au tannin.

Pr.	Tannin...........	2.40 grammes.
	Cire jaune.......	6 grammes.
	Axonge..........	24 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

Pessaires astringents.

Pr.	Sulfate d'alumine.	4 grammes.
	Poudre de cachou.	4 grammes.
	Cire jaune........	4 grammes.
	Axonge..........	22 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

Pessaires anodins.

Pr.	Extrait do belladone...........	2.40 grammes.
	Cire jaune.......	6 grammes.
	Axonge..........	21 grammes.

Mêlez et divisez pour 4 pessaires.

(*Monthly Journ.*, juin 1848.)

RUPTURE SPONTANÉE *du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse gauche, guérie par la seule extension du membre.* De nombreux appareils ont été proposés dans ces derniers temps contre cette rupture. L'observation suivante, rapportée par le docteur P. Manuel Cuesta, dans un journal espagnol, *La Union*, prouve que le repos et l'extension permanente du membre suffisent quelquefois au besoin de la cicatrisation.

Un jardinier sexagénaire se promenait devant sa porte, lorsque tout d'un coup il sentit qu'il allait tomber; et, en voulant se retenir, il contracta énergiquement le membre inférieur gauche. Malgré cela il tomba. Lorsqu'il voulut se relever, il ne put plus se soutenir sans appui. Lorsqu'on le conduisit chez lui, il ne pouvait mettre le membre inférieur gauche dans l'extension. Ce membre était fléchi; et si on l'étendait (ce qui ne présentait aucune difficulté), il ne tardait pas à se fléchir de nouveau, dès qu'il était abandonné à lui-même. Le tendon du droit antérieur de la cuisse gauche présentait, au-dessus de la rotule, une solution de continuité, d'où résultait un écartement, dans lequel on eût pu loger deux doigts. Le malade était fort indocile, et l'on ne pouvait guère songer à le soumettre à l'emploi de bandages destinés à rapprocher les extrémités divisées. L'auteur s'en tint à un bandage roulé, rendu immobile par la présence d'une attelle. Pendant quarante jours le malade conserva l'appareil; l'écartement des deux bouts du tendon diminua de jour en jour: à l'époque où l'on enleva l'appareil, il restait au niveau de la solution de continuité une tumeur dure du volume d'une petite noix, qui disparut peu à peu. Les mouvements, d'abord assez difficiles, ont repris graduellement toute leur étendue.

A cette occasion, l'Union médicale rappelle que M. Ségalas, dans un cas de rupture du tendon d'Achille, obtint également une guérison complète, au bout de quatre semaines, par le repos seul.

TUMEURS DU SEIN (*Mauvais effets des cataplasmes dans les*). On a beaucoup abusé de l'emploi des cataplasmes, dont on a fait une sorte de médication banale, sans doute, d'après cette idée, très-fausse au fond, *que s'ils ne faisaient point de bien, ils ne feraient du moins point de mal.* Rien de plus faux, et nous citerons pour preuve les deux faits suivants, rapportés par M. Tanchon :

Une demoiselle de dix-sept ans, affectée d'une glande dans le sein, du volume d'une noix, très-mobile, ne la faisant souffrir que lorsqu'on y touchait, s'étant aperçue que cette tumeur faisait des progrès, y appliqua un cataplasme de farine de lin. La nuit qui suivit cette application fut inquiète; la malade éprouva des élancements. Le soir du lendemain, nouveau cataplasme, suivi d'insomnie et des mêmes douleurs. Le jour suivant, la même application étant continuée, la peau devient rouge, le sein est gonflé, sensible au toucher; la malade y éprouve des douleurs lancinantes très-vives, et il se manifeste un petit mouvement de fièvre. On supprime les cataplasmes, et,

a dater de ce moment, les douleurs s'apaisent, la tuméfaction diminue, mais la glande reste plus volumineuse qu'elle n'était auparavant. et elle est, de temps en temps, le siége d'élancements très-vifs. Après quelque temps d'usage d'un traitement topique, consistant principalement en préparations d'iode et de chlore, les douleurs s'apaisèrent, la glande diminua et resta réduite au volume d'une petite noisette, indolente et roulant sous le doigt.

La seconde observation, rapportée par M. Tanchon, a trait à une femme de cinquante-six ans, portant une tumeur dans le sein gauche de 7 à 8 centimètres de diamètre, peu élevée, mais s'étendant par une base dure sur les cartilages des côtes, où elle paraissait adhérer, pour se porter de là jusque dans le sein, où elle allait se perdre. Cette tumeur était rouge et sensible au toucher. Sous l'influence d'une saignée, de purgatifs répétés et de réfrigérants, la malade allait mieux, lorsque, de son propre chef, elle s'appliqua des cataplasmes de saindoux, de farine de lin et d'oignon de lis. Depuis lors, elle souffrit davantage et la tumeur augmenta de volume. Le retour à un autre ordre de moyens fit diminuer le volume de la tumeur et cesser la douleur, sans toutefois qu'on dût en concevoir l'espoir d'une guérison radicale.

Ces exemples, auxquels il serait aisé d'en joindre d'autres, prouvent manifestement que les cataplasmes ne sauraient convenir également dans tous les cas de tumeurs et d'engorgements douloureux des seins. D'après l'observation et l'étude toute spéciale que M. Tanchon a faite de ces sortes de tumeurs, il a été conduit à considérer les cataplasmes émollients comme formellement contre-indiqués dans toutes les tumeurs du sein qui ne proviennent pas de coups, de chutes, et qui ne sont pas franchement inflammatoires ; ils lui paraissent même, dans certains cas, pouvoir servir de pierre de touche toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner une dégénérescence cancéreuse ou qu'on croira avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature. Alors ils calment d'abord les douleurs, les malades s'en montrent satisfaits ; mais bientôt ils déterminent un engorgement presque passif, la partie malade devient marbrée et parfois livide ; des douleurs d'une nature nouvelle et jusque-là inconnue se font sentir, s'étendent vers l'épaule et dans le bras ; enfin, les malades, d'elles-mêmes, par une sorte d'instinct, s'empressent de les supprimer ; ou bien la tumeur s'abcède, s'ulcère ; les bords de la plaie se décollent, et l'on ne tarde pas à apercevoir au fond l'aspect blafard particulier aux chairs cancéreuses. (*Revue médico-chirug.*, juin 1848.)

VARIÉTÉS.

Sur le concours relatif à la question des morts apparentes et aux moyens de prévenir les enterrements prématurés.

Il est peu de sujets plus dignes d'intérêt que celui des morts apparentes. Les erreurs déplorables commises de loin en loin par des mesures prématurées d'inhumation, plus encore que les incertitudes de la science sur les signes de la mort, tenaient toujours l'opinion publique en suspens, lorsqu'il y a environ une douzaine d'années, la fondation, dans plusieurs villes d'Allemagne, de *maisons mortuaires* destinées à recevoir les corps des personnes dont l'inhumation ne devait avoir lieu qu'après un commencement de putréfaction, vint de nouveau réveiller les alarmes du public. Pendant que le gouvernement envoyait des médecins visiter ces établissements de nouvelle création, l'Académie des sciences acceptait de M. Manni. professeur d'hygiène à l'Université de Rome, le fonds d'un prix spécial de 1,500 francs, destiné au meilleur Mémoire sur cet important sujet. Trois fois l'Académie dut remettre le concours, car, outre qu'elle demandait aux

concurrents un exposé complet des connaissances actuelles, ce qu'elle désirait surtout, c'était de nouvelles observations propres à rendre plus prompt et plus sûr, le diagnostic du petit nombre des cas qui peuvent laisser de l'incertitude dans l'esprit du médecin sur l'état de vie ou de mort ainsi que M. Bouchut vient de le faire.

« *Quels sont les caractères des morts apparentes?*

« Les observations et les expériences de M. Bouchut l'ont conduit à ce résultat, savoir : que toutes les morts apparentes et, en particulier, celles qui sont dues à l'asphyxie et à la syncope, présentent, quelle que soit la diversité de leurs symptômes, un caractère commun, *la persistance des battements du cœur*, caractère qui les distingue de la mort réelle.

« Ce fait, capital dans l'histoire des morts apparentes, a fixé d'une manière toute particulière l'attention de vos commissaires. Non-seulement ils ont répété les observations de M. Bouchut sur la persistance des battements du cœur dans les cas de mort apparente, mais encore ils ont fait de nouvelles expériences pour mettre dans tout son jour la valeur de ce caractère.

« Depuis Frédéric Hoffman, on avait généralement attribué la syncope à la suspension complète des fonctions du cœur. Bichat et ses élèves avaient professé en France cette opinion, qui a été reproduite par les auteurs les plus récents de médecine légale. Or, M. Bouchut a constaté que dans la syncope la plus complète, avec perte de sentiment et de mouvement, et avec refroidissement du corps, il n'y avait pas réellement suspension complète des contractions du cœur, mais bien seulement diminution de la fréquence et de la force de ces contractions.

« Une remarque montrera toute l'importance de l'auscultation de la région précordiale. On a souvent cité l'observation suivante : une femme enceinte était regardée comme morte depuis deux heures; Rigaudeaux l'examine, et ne peut parvenir à sentir les pulsations du cœur ni celles des artères. La bouche est écumeuse, le ventre très-enflé, l'orifice de l'utérus très-dilaté, la poche des eaux formée. Rigaudeaux se décide à retourner l'enfant et l'amène par les pieds. On le croit mort; des soins attentifs le raniment au bout de trois heures. Examinée une seconde fois par Rigaudeaux, sept heures après le moment où on l'avait crue morte, la mère ne donne aucun signe de vie; mais comme les membres ne présentent point de raideur, il défend de l'ensevelir, et deux heures et demie après, on vient lui apprendre que cette femme est rappelée à la vie. Aujourd'hui, en un cas semblable, le médecin et les assistants ne seraient pas aussi longtemps dans une douloureuse angoisse; il suffirait d'ausculter attentivement le cœur de l'enfant et le cœur de la mère pour acquérir la preuve de la persistance de la vie. Et lorsqu'un chirurgien sera appelé dans un cas plus grave encore que le précédent, c'est-à-dire auprès d'une femme enceinte, expirante, ce sera encore l'auscultation du cœur qui permettra de constater la persistance ou la cessation de ses battements, et qui dira si le moment est venu de se hâter d'extraire l'enfant vivant du sein de la mère, dont la mort est consommée.

« On sait que des enfants, après leur expulsion du sein de la mère, sont restés quelquefois sans mouvement, sans voix, sans respiration, sans rien témoigner qui indiquât extérieurement la persistance de la vie. Or, dans cet état de mort apparente, connue sous le nom d'*asphyxie des nouveau-nés*, c'est encore dans l'exploration du cœur par l'auscultation que le médecin trouvera le signe qui distingue cet état de la mort réelle, la persistance des battements du cœur.

« On a cité anciennement, comme des exemples de mort apparente, un certain nombre d'affections cérébrales, avec perte du sentiment et du mouvement. M. Bouchut a fait ressortir les caractères qui distinguent ces états morbides de la mort réelle. Dans tous ces cas, comme dans l'état soporeux produit par les poisons narcotiques, comme dans la sidération déterminée par l'acide prussique, comme dans l'insensibilité produite par l'éther ou le chloroforme, on reconnaît la vie à la persistance des battements du cœur perçus par l'auscultation.

« En résumé, l'apoplexie, le coma épileptique ou hystérique, les empoisonnements par les narcotiques, par les poisons diffusibles, par l'alcool, l'éther, le chloroforme, par l'acide prussique, etc.; la congélation, l'asphyxie et la syncope, sous toutes leurs formes et à tous leurs degrés, toutes les maladies enfin qui ont été citées comme exemples de *morts apparentes*, peuvent être distinguées de la mort réelle par la persistance des battements du cœur.

« Telle est la réponse faite par l'auteur à la première question posée par l'Académie, et elle nous a paru décisive.

Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés?

« La législation actuelle, à l'égard des décès, est insuffisante.

« En ordonnant à l'officier de l'état civil d'aller constater la mort, en exigeant qu'on laisse un intervalle de vingt-quatre heures s'écouler entre l'instant de la constatation de la mort et le moment de l'inhumation, l'autorité avait pensé qu'elle avait pris toutes les mesures nécessaires pour prévenir les enterrements prématurés; mais on n'a pas tardé à reconnaître que la seule déclaration de l'officier de l'état civil ne pouvait offrir toutes les garanties désirables.

« Des ordonnances municipales ont chargé les médecins de constater les décès dans les grandes villes.

« Cette sage précaution devra, désormais, être générale et inscrite dans le texte de la loi.

« L'auteur du Mémoire pense, avec raison, qu'il est urgent que cette mesure reçoive son application dans toute la France, dans les petites comme dans les grandes villes, dans nos campagnes comme dans nos grandes cités les plus populeuses. En vain objecterait-on que les grandes villes peuvent seules subvenir aux dépenses qu'entraîne la vérification des décès par les médecins; qu'un grand nombre de communes ne pourront supporter cette nouvelle charge : la mesure est du nombre de celles qui ne peuvent être ajournées.

« C'est à la science des signes de la mort qu'il faut demander une garantie certaine contre le danger d'être enterré vivant.

« Suivant M. Bouchut, les signes certains de la mort sont immédiats ou éloignés. Les signes immédiats et certains de la mort, chez l'homme, sont :

« 1° L'absence prolongée des battements du cœur, à l'auscultation ;

« 2° Le relâchement simultané de tous les sphincters, dû à la paralysie de ces muscles ;

« 3° Enfin l'affaissement du globe de l'œil et la perte de la transparence de la cornée.

« Dans l'opinion de vos commissaires, chacun de ces signes n'a pas une égale valeur, une égale certitude; quelques remarques, à cet égard, sont nécessaires.

« Depuis l'admirable découverte de Laënnec, on chercherait vainement, dans la science, un seul fait positif, une seule expérience rigoureuse, propre à établir la persistance de la vie, chez l'homme, après la cessation, longtemps prolongée, des battements du cœur constatée à l'auscultation ; mais on comprend qu'il est indispensable de fixer la limite dans laquelle l'absence des battements du cœur ne constitue plus seulement un ralentissement, une suspension plus ou moins prolongée de ces battements, mais bien leur cessation définitive.

« L'expression d'*absence prolongée*, employée par l'auteur du Mémoire, pour indiquer la cessation définitive des battements du cœur, n'a pas paru à vos commissaires assez précise, assez pratique. Ils ont pensé qu'il était nécessaire de fixer une limite qui ne laissât aucun doute sur la réalité de la cessation définitive des fonctions de cet organe.

« L'étude des battements du cœur, dans un assez grand nombre de cas d'agonie, devait fournir d'utiles données pour cette détermination. Il est vrai que, pendant l'agonie, les bruits du cœur sont souvent masqués par un râle bruyant qui s'oppose à leur perception; mais, dans l'intervalle qui sépare les dernières inspirations, et toujours au moment suprême où le râle vient à cesser, les derniers battements du cœur peuvent être entendus, en appliquant l'oreille sur la région précordiale. Dans ce silence, si voisin de la mort, ils sont très-distincts, alors que depuis assez longtemps déjà la main appliquée sur la poitrine ne pouvait plus les sentir, et que les pulsations artérielles, au cou et aux membres, n'étaient plus perceptibles. Or, dans cet état, et spécialement dans le silence qui suit la dernière expiration, le maximum d'intervalle entre les battements du cœur a paru à M. Bouchut être, pour l'homme adulte et le vieillard, d'environ six secondes. L'observation de plusieurs agonies jusqu'à la mort a donné à l'un de vos commissaires (M. Rayer) à peu près le même résultat, c'est-à-dire environ sept secondes pour maximum d'intervalle entre les derniers battements du cœur.

« D'après ces observations cliniques, votre Commission pense que l'absence des battements du cœur, constatée à l'auscultation, sur tous les points où ils peuvent être naturellement ou accidentellement entendus, et sur chacun, *pendant l'intervalle de cinq minutes*, c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation des bruits du

cœur, dans les cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur la cessation définitive des mouvements du cœur et sur la réalité de la mort.

« D'ailleurs la cessation définitive des battements du cœur est toujours accompagnée de deux phénomènes très-frappants et faciles à constater, à savoir, la cessation des mouvements respiratoires et la perte du sentiment et du mouvement. De sorte qu'en somme, *la mort est certaine lorsqu'on a constaté, chez l'homme, la cessation définitive des battements du cœur, laquelle est immédiatement suivie, lorsqu'elle n'en a pas été précédée, de la cessation de la respiration et de celle des fonctions du sentiment et du mouvement.*

« M. Bouchut a rappelé les observations qui démontrent la valeur du phénomène de la putréfaction ou de la décomposition cadavérique, considérée comme signe certain de la mort. Toutefois la mort peut être constatée longtemps avant le développement de la putréfaction. Les détails dans lesquels M. Bouchut est entré à cet égard nous ont paru justifiés par les efforts que l'on a faits dans ces derniers temps, en France, pour engager l'autorité à créer des maisons mortuaires où seraient déposés les corps jusqu'au moment de la putréfaction.

« On sait qu'au commencement de ce siècle, Hufeland et plusieurs autres médecins ayant soutenu que tous les signes de la mort étaient incertains, sauf celui de la putréfaction, des maisons mortuaires ont été établies dans plusieurs villes d'Allemagne : à Francfort-sur-le-Mein, où existe la plus remarquable, à Hambourg, à Wisbaden, à Weimar, etc. Mais bien que la plupart de ces établissements existent encore, l'utilité en est devenue très-contestable. La plupart sont mal entretenus et leur organisation intérieure laisse beaucoup à désirer. Enfin, depuis cinquante ans que ces maisons sont établies, on n'a vu aucun des corps transportés dans ces asiles, après la déclaration authentique de la mort par un médecin, revenir à la vie.

« Créer aujourd'hui, en France, des maisons mortuaires pour y laisser séjourner les corps jusqu'à la putréfaction, ce serait non-seulement s'engager dans une dépense inutile, et qu'un grand nombre de villes et de communes ne pourraient supporter : mais ce serait ne tenir aucun compte des autres signes certains de la mort.

« Toutefois ces observations critiques ne s'appliquent pas à la création désirable de locaux destinés à recevoir, peu de temps après la mort, les cadavres des pauvres, dont la famille n'a souvent qu'une chambre étroite pour habitation.

« En résumé, des trois signes immédiats de la mort, admis par M. Bouchut, il n'en est qu'un, la cessation définitive des battements du cœur et de la circulation, dont la certitude est admise par votre Commission. En signalant un signe aussi positif et généralement aussi facile à constater à l'attention des médecins chargés de la vérification des décès, M. Bouchut a rempli une lacune importante, laissée par les auteurs de médecine légale dans l'exposé des signes immédiats de la mort.

« Quant aux *signes éloignés* et certains de la mort, M. Bouchut en admet trois, savoir : la rigidité cadavérique, l'absence de contractilité musculaire sous l'influence de stimulants galvaniques, et la putréfaction. La certitude de ces signes est admise par tous les médecins légistes, et ne peut être contestée, tant sont positives les observations et les expériences sur lesquelles elle repose. Dans cette partie de son travail, l'auteur a exposé avec soin l'état de la science, et a réfuté quelques objections qui avaient été produites, dans ces derniers temps, par les partisans des maisons mortuaires. Il y a longtemps, déjà, que la rigidité cadavérique a été regardée comme un signe de la mort; mais la démonstration de l'importance et de la certitude de ce signe est due à deux médecins français, à Louis et à Nysten. Après la mort, la flexibilité des articulations disparaît ; le tissu musculaire s'endurcit, les membres deviennent immobiles et raides. Nul état convulsif ou tétanique ne peut offrir cette succession de phénomènes, et tromper un médecin. Dans la rigidité cadavérique, lorsqu'on cherche à étendre ou à fléchir avec force une ou plusieurs parties des membres, ces parties obéissent comme un corps inanimé. Dans les maladies convulsives, la circulation persiste ; dans la rigidité cadavérique, les battements du cœur, la respiration et les fonctions du système nerveux ont cessé complétement.

« Pour résumer cette seconde partie du travail de M. Bouchut et les faits qui s'y rattachent, votre Commission reconnaît :

« 1° Que la cessation définitive des battements du cœur, indiquée par la cessation des bruits cardiaques, est un signe immédiat et certain de la mort;

« 2° Que la rigidité cadavérique est également un signe certain de la mort :

« 3° Que le défaut de contractilité musculaire, sous l'influence de l'électricité ou du galvanisme, est un troisième signe certain de la mort ;

« 4° Que la putréfaction générale du corps, n'arrivant ordinairement que longtemps après la manifestation des signes précédents. Il n'est pas nécessaire d'attendre le développement de la putréfaction pour déclarer le décès et procéder à l'embaumement ou à l'inhumation ;

« 5° Que la cessation des battements du cœur et de la circulation, le développement de la rigidité cadavérique et l'abolition de la contractilité musculaire, ne pouvant être reconnus et appréciés que par des médecins, la constatation des décès doit leur être exclusivement confiée, dans les villes et les campagnes ;

« 6° Que la possibilité de constater la mort, d'une manière certaine, avant le développement de la putréfaction, rend inutile l'établissement de maisons mortuaires, semblables à celles qui ont été instituées dans plusieurs villes d'Allemagne ; mais qu'il serait à désirer que les cadavres des pauvres pussent être reçus dans des asiles convenables, jusqu'au moment de la sépulture.

« L'importance des questions posées par l'Académie, la manière dont M. Bouchut les a étudiées et souvent résolues par de nouvelles observations, les nombreuses expériences auxquelles votre Commission s'est livrée, justifieront, nous en avons l'espérance, l'étendue de ce rapport.

« Le travail de M. Bouchut, à part quelques imperfections, dont les plus graves ont été signalées par vos commissaires, leur a paru remarquable par la netteté de l'exposition, par la précision des détails, par la manière judicieuse dont les faits relatifs aux morts apparentes ont été appréciés, par une discussion approfondie des observations qui avaient été faites relativement à la rigidité cadavérique et à l'abolition de la contractilité musculaire, considérées comme signes certains de la mort, et surtout par le soin que l'auteur a mis à démontrer que *la persistance des battements du cœur* était le caractère distinctif des morts apparentes, et que la *cessation définitive des battements* de cet organe, constatée à l'auscultation, constituait un signe immédiat et certain de la mort ; fait capital par lequel l'auteur a répondu au vœu de l'Académie, qui avait spécialement demandé aux concurrents de faire tous leurs efforts pour rendre le diagnostic de la mort réelle et de la mort apparente plus prompt et plus sûr.

« D'après ces considérations, votre Commission a décerné, à l'unanimité, le prix Manni à M. le docteur Bouchut, comme auteur du meilleur Mémoire qui lui ait été adressé depuis dix ans, c'est-à-dire depuis 1837, époque à laquelle le concours pour ce prix a été ouvert. »

Le dernier dépouillement des registres des Facultés et des Ecoles de médecine de France porte le nombre des élèves de ces Facultés et Ecoles à 1875, ainsi répartis : Faculté de Paris, 800 ; Faculté de Montpellier, 175 ; Faculté de Strasbourg, 77 ; Ecole d'Amiens, 48 ; Ecole d'Angers, 37 ; Ecole d'Arras, 32 ; Ecole de Besançon, 39 ; Ecole de Bordeaux, 51 ; Ecole de Caen, 22 ; Ecole de Clermont, 28 ; Ecole de Dijon, 30 ; Ecole de Grenoble, 31 ; Ecole de Limoges, 32 ; Ecole de Lyon, 73 ; Ecole de Marseille, 38 ; Ecole de Nancy, 32 ; Ecole de Rennes, 70 ; Ecole de Rouen, 42 ; Ecole de Toulouse, 72 ; Ecole de Tours, 41.

En Espagne, le nombre en est bien autrement grand ; ainsi, à Madrid, on compte 1,100 élèves, et les Ecoles de Barcelone, Valence, Cadix, Santiago, donnent le chiffre de 400 élèves, qui en porte le nombre à 2,000, ou à peu près trois fois autant qu'en France. Si l'on réfléchit que la population de l'Espagne est au plus le tiers de celle de la France, on comprendra combien doit être déplorable la position du corps médical de l'autre côté des Pyrénées.

Les directeurs du legs de feu J. Monnikhoff, d'Amsterdam, ont remis au concours les questions suivantes : 1° On demande des recherches anatomiques, physiologiques, et pathologiques sur l'origine, la nature et les caractères distinctifs des tumeurs benignes et malignes, avec indication des résultats qui pourront être déduits pour l'avancement de leur thérapie chirurgicale et médicale. On désire que cette question soit approfondie par des recherches et des observations des auteurs mêmes. 2° On demande un traité anatomique, physiologique et pathologique sur les déviations de la colonne vertébrale, avec indication d'un mode de traitement basé sur ces données, et

sanctionné par l'expérience. — Le prix est une médaille d'or de la valeur de trois cents florins. Les Mémoires, en réponse à ces questions, écrits en français, hollandais, latin ou allemand, devront être adressés, dans les formes voulues, avant le 31 décembre 1849, au professeur G. Vrolik, à Amsterdam.

La Société médico-pratique de Paris propose pour sujet de prix à décerner, en 1850, la question suivante : De l'intumescence de la rate dans les fièvres intermittentes; déterminer par des faits la valeur de ce phénomène comme lésion, comme signe, comme cause, effet ou complication, et surtout comme indication thérapeutique. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 francs. Les Mémoires devront être remis, avant le 31 décembre 1849, à M. le docteur Vinchon, secrétaire général, 12, rue de Jouy, à Paris.

Si le choléra a diminué d'intensité à Constantinople, il n'en a pas été de même en Russie. D'après une lettre du 1er juillet, on comptait dans le court espace de cinq jours, plus de 1,700 cas, et environ 1,000 décès. Beaucoup sont morts en moins de quatre heures et même en deux heures. Dans la seule journée du 30 juin, 595 personnes avaient été atteintes, et 356 avaient succombé. A la date du 10 juillet, le nombre de cholériques en traitement à Saint-Pétersbourg était de 3,930. Le même jour il y a eu 693 nouveaux cas, 179 décès et 209 guérisons. Ces chiffres présentent une légère diminution sur ceux des jours précédents. On a établi six grands hôpitaux destinés aux cholériqees.

L'épidémie n'a pas fait de moins grands progrès à Moscou ; à la fin du mois dernier, il y avait 1,724 nouveaux cas et 728 décès. Les dernières nouvelles montrent que les chiffres ont un peu baissé, puisqu'elles signalent seulement 180 cas nouveaux, 23 décès et 128 guérisons. Le choléra vient de se déclarer dans d'autres provinces ; ainsi 16 provinces sont en proie à l'épidémie, les mêmes qui, en 1831, avaient été visitées les premières par le terrible fléau. Bien qu'on doive espérer que cette épidémie s'éteindra avan d'arriver à nos frontières, il est bon de se tenir sur ses gardes.

On sait combien les pays protestants ont poursuivi de leurs railleries l'institution si charitable des religieuses gardes-malades. Les voilà qui adoptent une institution qu'ils ont si fort critiquée. En Angleterre et en Allemagne, on crée des maisons, placées sous la direction du clergé, et dans lesquelles on recevra de jeunes femmes qui voudront se consacrer à soigner les malades. Les novices auront dix-huit ans au moins; elles passeront deux années dans l'établissement, et à l'expiration de ce délai, par conséquent après avoir reçu une éducation convenable, elles seront placées, soit dans les hôpitaux, soit dans les maisons de charité. Pour être sœur, il faudra être âgée d'au moins vingt-cinq ans et avoir fait preuve de piété, de zèle et d'intelligence.

La Commission administrative des hospices de Gand vient de nommer M. le docteur Tierlinck, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de cette ville. C'est un choix auquel nous ne pouvons qu'applaudir.

L'administration des hospices de Paris, dans l'impossibilité où elle se trouvait de pouvoir adresser ses remercîements à chacune des personnes qui lui venait en aide pour les blessés de juin, avait emprunté la voie de la presse pour leur faire parvenir l'expression de sa vive et profonde reconnaissance. Les populations de toute la France ont répondu par de nouveaux envois. Ces témoignages spontanés et réitérés de sympathie et de dévouement pour les défenseurs de l'ordre, des lois et de la République, sont bien précieux pour nos glorieux blessés, et elle vient une seconde fois prier les donateurs de recevoir ses remerciements bien sincères et d'être assurés que tous ses efforts tendront à égaler leurs généreuses intentions, en consacrant tous ses moments aux blessés confiés à ses soins.

Le secrétaire général, Dubost.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL GÉNÉRAL SUR L'HYDROTHÉRAPIE ; DÉTERMINATION DES CAS AUXQUELS, D'APRÈS L'OBSERVATION, ELLE EST UTILEMENT APPLICABLE, ET APPRÉCIATION DE SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Deuxième article (1).)

Ainsi que je l'ai annoncé dans le précédent article, nous allons maintenant trouver des faits dans lesquels l'action énergique et heureuse de l'hydrothérapie ne pourra être méconnue. Or, ces faits, on ne saurait leur donner trop de publicité; car il n'est pas douteux que beaucoup d'individus qui, après s'être soumis à des médications très-variées et très-nombreuses, ont fini par se résigner à leur sort et ne plus rien faire, trouveraient dans cette médication si simple une précieuse ressource, si les cas dans lesquels elle agit réellement étaient mieux déterminés et mieux connus.

Parmi les cas les plus remarquables de guérison des maladies chroniques par l'hydrothérapie, il n'en est pas qu'on puisse comparer à certains engorgements chroniques des viscères. M. Scoutetten en a rapporté deux exemples, qui prouvent tout le parti qu'on peut tirer de ce traitement, et qui le prouvent d'autant plus que, depuis longues années, un des malades avait été soumis à une longue série des moyens regardés comme les plus énergiques. Dans les cas de ce genre, on ne peut pas se tromper. Une tumeur considérable existe ; on peut la palper, la mesurer, en déterminer exactement les limites ; la santé est profondément détériorée ; le malade ne peut plus marcher ; malgré l'usage d'un grand nombre de médicaments, des eaux thermales, en un mot, des traitements les plus variés, l'état de santé devient de plus en plus grave ; cet état dure cinq, dix, quinze, vingt ans et plus. C'est alors que l'hydrothérapie est mise en usage, et en quelques mois une tumeur énorme de l'abdomen se dissout ; la santé générale se rétablit, c'est presque une résurrection. Il ne faut pas deux cas semblables pour prouver l'action puissante de l'hydrothérapie.

Or, ce que je viens de dire est le résumé de ce qui s'est passé dans une observation rapportée par M. Scoutetten, observation qui a été reproduite par M. Schedel et par plusieurs autres auteurs. La tumeur, dans ce cas,

(1) Voir la livraison du 15 juillet, page 5.

s'était produite depuis longues années, plus de trente ans peut-être ; elle occupait le foie, et se faisait sentir dans la plus grande partie de l'étendue de l'abdomen. M. Scoutetten s'est assuré que, sous l'influence de l'hydrothérapie, cette tumeur avait disparu. On peut donc ranger hardiment l'emploi de l'eau froide avec la sudation et le régime, parmi les meilleurs *fondants* que nous connaissions. Mais tout porte à croire que, pour que les tumeurs éprouvent cette action bienfaisante de l'hydrothérapie, il faut que les organes qui en sont le siége ne présentent pas des altérations notables de structure; qu'en d'autres termes, il n'y ait pas une *hétérogénéité* marquée. Quelles sont, en effet, les tumeurs sur lesquelles nous voyons cette médication avoir de salutaires influences? Ce sont les engorgements chroniques du foie et de la rate. Les auteurs qui ont écrit sur l'hydrothérapie citent, en effet, des cas où l'engorgement splénique, suite d'une fièvre intermittente rebelle, a cédé à l'hydrothérapie, et nous verrons plus loin que M. Fleury a confirmé ces résultats par des faits bien observés.

Mais le cancer peut-il être modifié par le traitement dont nous parlons? Rien ne le prouve ; et tout porte à croire même que les hydropathes ne se soucient guère de traiter cette maladie, car on ne la voit pas mentionnée parmi les faits recueillis par la plupart des auteurs.

Il n'en est pas de même des scrofules, si l'on s'en rapporte au petit nombre d'observations bien faites qu'il nous est permis de consulter, et dont les principales ont été recueillies par MM. Schedel et Lubanski. Dans tous ces cas, en effet, les ganglions engorgés ont disparu, les ulcères se sont taris et cicatrisés, et l'état général n'a pas tardé à devenir des plus satisfaisants. Il serait bien à désirer qu'à l'hôpital des Enfants, où se trouvent réunis tant de scrofuleux qui encombrent les salles, on essayât sur une grande échelle ce mode de traitement. Nous aurions, en peu de temps, des résultats concluants, et qui fixeraient définitivement la science sur ce point si important de pathologie. Nous verrions alors si, avec quelques praticiens, il faut admettre que la scrofule ne se guérit jamais complétement, ou si l'on peut espérer une guérison radicale, au moins chez un nombre donné de sujets.

Relativement à la cure des tumeurs blanches par l'hydrothérapie, nous n'avons que des renseignements fort incertains, et encore peu nombreux. Quelques faits seulement sont de nature à faire penser que ce traitement pourrait être applicable aux tumeurs dont il s'agit ; mais c'est là tout ce qu'il est permis de dire.

Ceci me conduit à parler des maladies chroniques des articulations, et, en particulier, de la goutte. Si l'on en croit les hydropathes, leur

méthode de traitement est souveraine dans ces affections, et tous citent des faits à l'appui de cette assertion. Nos lecteurs n'ont pas oublié, sans doute, les articles pratiques de M. Bonnet insérés dans ce journal, et dans lesquels ce chirurgien rapporte les bons effets qu'il a obtenus des applications d'eau froide dans des cas d'engorgement chronique des articulations, et même dans des cas où il y avait des concrétions tophacées. Je pourrais emprunter à MM. Schedel et Lubanski des cas semblables. Ce sont là des preuves dont on ne peut méconnaître l'importance, et, par conséquent, il faut reconnaître que, dans les affections qui laissent après elles l'engorgement des articulations, l'hydrothérapie est utile, et n'est peut-être pas assez employée par les chirurgiens; ce qui le prouve encore davantage, c'est que M. Scoutetten a vu des engorgements articulaires résultant de blessures, avec lésions des os, et rebelles à beaucoup de moyens, céder à l'usage de l'hydrothérapie.

Voilà donc un fait acquis. Mais encore ici s'élèvent quelques questions que les auteurs n'ont, malheureusement, pas jugé à propos de chercher à résoudre. Et d'abord, l'hydrothérapie est-elle plus efficace, dans ces cas, que d'autres moyens mis auparavant en usage : par exemple, les eaux de Vichy contre la goutte? Pour savoir à quoi s'en tenir à ce sujet, il faudrait rechercher combien de temps doit durer le traitement de part et d'autre ; quel est le nombre des récidives, etc., etc. En second lieu, est-il nécessaire de faire subir la sudation et de prescrire le régime rigoureux recommandé par Priestnitz, ou bien les applications d'eau froide suffisent-elles? Cette question n'est pas plus oiseuse dans les cas dont il s'agit que dans les précédents ; car, parmi les auteurs qui ont cité des cas de guérison, il en est qui n'ont mis en usage que les lotions et les affusions froides, et M. Bonnet, en particulier, est de ce nombre.

Les maladies cutanées sont assez fréquemment traitées dans les établissements hydrothérapiques, et l'on sait que c'est principalement sur des affections de ce genre que les premiers essais hydrothérapiques ont été faits dans les hôpitaux de Paris. Cependant il reste encore beaucoup d'incertitude sur l'utilité réelle de ce traitement dans les affections de ce genre. D'abord, on peut dire qu'il en est un certain nombre qui sont très-rebelles à l'hydrothérapie, comme à tous les autres traitements. C'est ce qu'on peut inférer du peu d'empressement de Priestnitz à recevoir dans son établissement les malades qui en sont atteints. Il a dit à plusieurs reprises à M. Schedel qu'il n'aimait pas à se charger du traitement des maladies chroniques de la peau. C'était, en d'autres termes, dire qu'il n'espérait guère les guérir. D'un autre côté, M. Lubanski avoue que généralement l'hydrothérapie ne suffit pas pour la

guérison de ces maladies, et qu'il faut lui associer d'autres moyens connus. Tout ce que nous pouvons dire, par conséquent, c'est que, dans les maladies de la peau proprement dites, il n'en est que quelques-unes, telles que l'eczéma et l'eczéma impetiginodes, qui éprouvent une action favorable de l'hydrothérapie ; et encore n'est-il pas permis d'affirmer que, dans un bon nombre de cas, il n'y ait pas de traitement supérieur à l'hydrothérapie. *A priori*, cependant, on aurait pu croire que les affections cutanées devaient, plus que toutes les autres, donner prise au traitement par la sudation, l'eau froide et le régime ; mais on se tromperait bien souvent si, en médecine pratique, on admettait comme vrai ce qui n'est appuyé que sur une savante théorie, et ce qui n'a pas encore été démontré par l'expérience. Au reste, M. Schedel, à qui on peut s'en rapporter sur ce point, n'a pas été plus édifié par ce qu'il a vu dans les établissements hydrothérapiques, que nous ne l'avons été par la lecture des observations.



Il n'est aucune affection qui se présente plus fréquemment au traitement hydrothérapique que les affections nerveuses. En Allemagne, presque tous les sujets qui ont une lésion de la motilité ou de la sensibilité, quelle qu'en soit la cause, ont recours à ce traitement en vogue. Il n'est pas douteux que beaucoup de ces malades ne guérissent plus ou moins complétement, après la sudation, des applications variées d'eau froide et le régime : mais on a oublié que c'est précisément quand il s'agit des maladies nerveuses qu'il faut un grand nombre d'observations, et qu'on ne doit jamais faire un pas sans comparer les effets du traitement qu'on étudie avec ceux des traitements déjà connus. Bon nombre de névralgiques, par exemple, vont à Graefenberg ou à Marienberg, et s'en retournent guéris ; mais quel est celui de nos hôpitaux où, par des moyens différents, on n'obtient pas tous les ans un aussi grand nombre de guérisons semblables ? Pourquoi donc choisirions-nous plutôt l'hydrothérapie que d'autres modes de traitement connus ? Encore un coup, il faut que vous prouviez, non que vous guérissez beaucoup de malades, car tout le monde en guérit beaucoup, mais que vous les guérissez en plus grand nombre, plus rapidement et plus radicalement.

Qu'on ne croie pas néanmoins que je veuille dire que l'hydrothérapie n'a point d'utilité dans le traitement des affections nerveuses en général, et des névralgies en particulier : telle n'est pas ma pensée. Je crois, au contraire, qu'il est des cas dans lesquels elle peut rendre de grands services. Mais je voudrais pouvoir formuler avec précision la valeur de ce traitement, comme on peut, par exemple, formuler le traitement par les vésicatoires volants et la cautérisation transcurrente

dans les névralgies en général, le traitement par l'essence de térébenthine dans la névralgie sciatique, le traitement par les pilules de Méglin dans la névralgie trifaciale, etc. ; et les documents que nous possédons ne me le permettent pas. Bornons-nous donc à dire qu'on a appliqué l'hydrothérapie aux diverses paralysies, aux convulsions, au tétanos, au delirium tremens, à la chorée, et qu'on a cité quelques cas de guérison ou d'amélioration. Il n'y a assurément là rien qui engage beaucoup à recourir à un traitement aussi pénible.

Mais il est un état qui, sans pouvoir être considéré comme un état réel de maladie, n'est cependant pas la santé ; je veux parler de cet état des personnes nerveuses, qui ont toujours quelque souffrance dans un point ou dans l'autre ; qui sont affaiblies, qu'une simple promenade fatigue ; dont les digestions sont difficiles et l'intestin paresseux. Il n'est assurément aucun médecin qui n'ait rencontré mainte et mainte fois des sujets dans cet état, et surtout des femmes. Les malades de ce genre abondent dans les établissements hydrothérapiques, et ce sont ceux chez lesquels on obtient les plus nombreux succès. Ces personnes, en effet, qui ont le plus souvent contracté cet état maladif dans des habitudes de mollesse et d'inaction, se trouvent bien de la vie active et du régime qui leur sont prescrits, et aussi des applications froides qui rendent leur peau moins sensible à l'action de l'atmosphère. Il est aujourd'hui beaucoup de médecins qui, en pareil cas, sans prescrire l'hydrothérapie dans toute sa rigueur, conseillent les lotions fraîches, tous les matins ou matin et soir, sur tout le corps ; moi-même j'ai fréquemment recours à ce moyen, et je dois dire que je m'en suis toujours bien trouvé. Seulement, il arrive fréquemment que si l'on veut tout à coup employer les lotions tout à fait froides, non-seulement on détermine une grande répulsion pour elles de la part des malades, mais encore on produit une excitation nerveuse, parfois difficile à calmer. Il faut alors, comme le conseille M. Scoutetten, avec tous les médecins prudents, commencer par des lotions à 22, 20, 18 degrés, puis abaisser progressivement la température.

Je suis naturellement conduit à parler de l'hydrothérapie dans le rhumatisme musculaire. Les faits rapportés par les auteurs sont de nature à faire considérer ce traitement comme très-utile en pareil cas. Ici encore, les lotions froides, pratiquées rapidement, une ou deux fois par jour, peuvent suffire ; et nous connaissons plusieurs personnes qui se sont débarrassées ainsi de douleurs rhumatismales datant de longtemps, et qui sont parvenues à sortir sans inconvénient, au fort de l'hiver, avec des vêtements légers, tandis qu'auparavant elles étaient obligées de se couvrir fortement, même dans l'intérieur de leur appar-

tement. Les douleurs musculaires étant très-communes, il est assurément un bon nombre de nos lecteurs qui pourront faire une expérience très-simple. Si ces douleurs musculaires ne sont pas très-fortes, on remarque qu'immédiatement après une simple lotion, elles ont complétement disparu ; mais il est ordinaire de les voir reparaître dans un moment de la journée plus ou moins éloigné de celui où la lotion a été faite. Cette disposition, ou du moins ce soulagement extrême de la douleur, immédiatement après l'application de l'eau froide, ne prouvent-ils pas l'action puissante de ce moyen, et ne doivent-ils pas faire espérer qu'en persévérant dans son emploi on viendra à bout de la maladie? Aussi est-ce là, je le répète, ce qui arrive fréquemment ; mais il est des cas rebelles où, malgré l'usage persévérant des lotions froides, la douleur revient toujours. En pareil cas, il faut nécessairement recourir à l'hydrothérapie complète, c'est-à-dire à l'hydrosudopathie.

Arrivons maintenant aux applications froides dirigées contre les fièvres intermittentes. Il y a déjà longtemps qu'on a eu l'idée de traiter ainsi ces affections ; mais M. Fleury, qui nous a donné dernièrement (Archives gén. de méd., mars 1848) un très-bon Mémoire sur ce point, n'a pas eu de peine à démontrer que l'on ne pouvait rien conclure de précis des observations assez peu nombreuses qui nous ont été fournies par les auteurs, et que tout ce qui ressort un peu clairement de ces faits, c'est que, dans les cas où, l'eau froide ayant été mise en usage sous forme d'affusion ou d'immersion, la fièvre a cessé, presque toujours on avait eu recours au quinquina, tandis que ceux où ce médicament n'était pas employé, se montraient, en général, très-rebelles. M. Fleury est arrivé à ces conclusions après avoir consulté Currie, Giannini et MM. Schedel, Scoutetten, Engel, Lubanski, Baldou.

M. Fleury traite uniquement ses malades par la douche froide, administrée une ou deux heures avant le retour présumé de l'accès, et quelquefois pendant les jours d'apyrexie. L'eau est à 12 ou 14 degrés centigrades. Les malades reçoivent *simultanément*, pendant cinq ou dix minutes, une douche en pluie générale, et une forte douche locale de trois centimètres de diamètre sur la région splénique. Parmi les observations, au nombre de onze, que présente M. Fleury, il en est sept qui ont rapport à des fièvres intermittentes récentes ou n'ayant encore qu'une dizaine d'accès, et qui nous offrent des cas de guérison complète et sans récidive après la première, la seconde ou la troisième douche. La rate développée ne tardait pas à revenir à son volume normal sous l'influence de ce traitement.

Ces faits ont un grand intérêt sans doute, car le sulfate de quinine n'est pas toujours à la disposition de tout le monde en abondance suf-

fisante, et c'est un médicament qui coûte fort cher. Mais les cas où la maladie était d'ancienne date, où la constitution était détériorée, où la rate était chroniquement tuméfiée, sont bien plus intéressants encore. Dans ces cas, en effet, qui tiennent les malades sous l'imminence de si grands dangers, les traitements les plus variés ont été administrés, et en première ligne, le sulfate de quinine. Or, dans tous ces cas, il a suffi de deux à quatre douches pour produire une très-grande amélioration, et bientôt après, une guérison complète et sans récidive a été obtenue. La rate volumineuse, le foie tuméfié ont repris leur volume normal. En un mot, les malades ont échappé complétement à cette cachexie paludéenne qu'il est si difficile de faire disparaître quand elle est invétérée.

Les faits que je viens d'indiquer me paraissent suffisants pour inspirer la plus grande confiance dans l'emploi des douches d'eau froide, administrées suivant le procédé de M. Fleury, et ils prouvent aussi que la sudation, toujours si pénible, et le régime particulier auquel on soumet les malades dans les établissements hydrothérapiques ne sont nullement nécessaires. Il est à désirer que l'application de ce moyen si simple se fasse sur une grande échelle dans les pays où la fièvre est endémique, et que les médecins, bien placés pour cela, nous tiennent au courant de leurs expérimentations. Le sujet est trop important pour être négligé.

Croirait-on qu'on a soumis au traitement hydrothérapique des phthisiques, et des phthisiques parvenus à une période souvent très-avancée? Il est vrai que ce n'est guère qu'à Graefenberg, à l'établissement de Priestnitz, qu'on a commis cette énormité. Il va sans dire que le traitement n'a eu aucun succès. Mais bien des médecins penseront tout d'abord qu'il en est résulté des inconvénients immenses; ils auraient tort. Il y a quelques mois, un malade, ayant des cavernes bien caractérisées au sommet des deux poumons, est venu consulter à Paris un de nos honorables confrères, auquel il a dit qu'il venait de passer deux mois entiers à Græfenberg, qu'on l'avait soumis aux principales pratiques de l'établissement, et que pendant ces deux mois il n'avait pas pu parvenir à se réchauffer un seul instant. Eh bien! il est résulté de renseignements précis, que le malade, qui présente une phthisie à marche chronique, est sorti de Graefenberg à très-peu près dans le même état où il y était entré, et qu'il n'avait éprouvé aucun accident notable.

C'est, sans doute, cette innocuité inattendue qui enhardit Priestnitz, et qui lui fait appliquer son hydrosudopathie à tous les cas sans distinction. Mais on ne saurait trop s'élever contre cette pratique barbare, quand on voit, au rapport des médecins bien informés, des individus dans le marasme, ayant à peine un souffle de vie, soumis à tout ce que

l'hydrothérapie a de plus pénible, lorsqu'il n'y a évidemment qu'à les laisser mourir en paix.

Je pourrais maintenant mentionner une foule d'affections dans le traitement desquelles on a vanté l'hydrothérapie, et cela est tout simple, puisque dans plusieurs établissements on traite indifféremment presque toutes les maladies qui se présentent; mais n'oublions pas que nous ne voulons nous occuper que des sujets dans lesquels nous pouvons espérer d'arriver à une solution vraiment utile. A quoi nous servirait-il de savoir qu'on a vu guérir, après un traitement hydrothérapique, le coryza, la grippe, la gastrite, la dyssenterie, le choléra, l'hépatite, la leucorrhée, et qu'on a employé cette méthode de traitement dans la coqueluche, l'épilepsie, le scorbut, la chlorose et même le diabète et la syphilis? Ce qu'il nous faudrait savoir, c'est quelle a été l'influence réelle de l'hydrothérapie dans ces divers cas, et tout ce que nous pouvons tirer des documents qui nous sont fournis par les auteurs, c'est qu'il est ridicule d'avoir recours à cette médication dans quelques-unes de ces maladies et dans la syphilis en particulier.

Il faudrait, peut-être, faire une exception relativement à quelques maladies chirurgicales, et notamment aux divers trajets fistuleux dont la guérison est parfois si longue et si difficile. Mais il faut reconnaître aussi que, bien qu'il y ait un certain intérêt dans les faits rapportés à ce sujet, des recherches plus exactes et plus étendues sont nécessaires.

Je ne pousserai pas plus loin cet examen. On ne peut douter, d'après ce qui précède, que l'hydrothérapie ne soit un moyen thérapeutique des plus puissants. On doit reconnaître aussi qu'il est peu de médications applicables à un plus grand nombre de cas divers; mais, malheureusement, il n'est pas moins évident que nous n'avons encore rien de positif sur un très-grand nombre de points relatifs à l'application et aux effets de ce traitement. On ne saurait donc s'empêcher de faire un appel à tous les médecins qui peuvent en peu de temps nous fournir un très-grand nombre de faits, et qui peuvent ainsi conduire rapidement à la solution d'une question aussi importante.

Il y a quelques années, j'avais émis l'idée d'envoyer, dans les principaux établissements, des médecins chargés de suivre l'emploi de l'hydrothérapie et d'en observer les effets; mais les bonnes idées ont généralement peu de succès, et je ne crois pas que ceux qui seraient en position de faire prendre une semblable mesure se préoccupent beaucoup de son importance. Nous ne devons donc guère compter que sur les observations officieuses des médecins isolés, et sur les comptes-rendus qui nous seront donnés par des médecins voyageurs et par les chefs d'établissements. Je ne crois pas inutile, par conséquent, de dire

ce que je ferais, si j'étais à la tête d'un de ces établissements, ou s'il m'était donné d'y observer pendant un temps suffisamment long.

Je prendrais note de tous les malades qui entreraient, sans aucune exception ; je prendrais leurs observations complètes ; je mentionnerais aussi exactement qu'il me serait possible l'état de tous leurs organes et de toutes leurs fonctions ; puis, lorsque j'aurais ainsi rassemblé, sans aucun choix, un nombre considérable d'observations, je rechercherais combien, dans telle maladie, ont guéri, combien n'ont éprouvé qu'une certaine amélioration, combien n'ont rien éprouvé, combien ont eu des accidents, combien n'ont pu supporter le traitement. Ensuite, je comparerais les cas de guérison avec ceux qu'on obtient par d'autres traitements, et ainsi je parviendrais, au bout d'un certain temps, à établir d'une manière solide la valeur de l'hydrothérapie, non dans toutes les maladies, mais dans un certain nombre qui m'auraient fourni une assez grande quantité de faits concluants. Est-ce que cela ne vaudrait pas mieux que d'affirmer que l'hydrothérapie guérit les maladies dans lesquelles la circulation est lente et faible, parce que les applications d'eau sont toniques, ou toute autre explication de ce genre ? Je laisse aux praticiens qui savent tous les embarras dans lesquels les laissent ces explications, lorsque l'expérience n'est pas venue étayer la théorie, le soin de répondre à cette question. VALLEIX.

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT AQUEUX DE SEIGLE ERGOTÉ DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES.

Par le docteur ARNAL.

L'action favorable de l'ergot en poudre, dans les cas de métrorrhagie, est si authentique, si généralement admise, qu'il serait presque oiseux d'en fournir de nouvelles preuves ; mais il est loin d'en être de même pour les autres hémorrhagies. La raison de cette différence doit sans doute être rapportée à l'action du seigle ergoté qui, paraissant influencer spécialement l'utérus, a fait penser aux praticiens que c'était exclusivement à cette action élective qu'il fallait attribuer les bons offices qu'on retire de cette substance, dans les cas d'hémorrhagie utérine : cependant, quelques auteurs sont allés plus loin ; ils ont pensé avec raison qu'il y avait, dans l'action du seigle ergoté, un fait plus général, et ils ont appliqué cette substance à d'autres hémorrhagies : ajoutons que la plupart n'ont eu qu'à se louer de cette extension ; de ce nombre, nous citerons Spajrani, les docteurs Elliot, Schœffer et Huss. Toutefois, personne jusqu'ici n'avait essayé d'une manière générale, et dans les mêmes cas, l'extrait aqueux de seigle ergoté.

Lors de nos expériences sur cette dernière substance, dans les cas d'engorgement chronique de l'utérus, nous fûmes frappé, à plusieurs reprises, de l'action toute particulière qu'elle exerçait sur le sang et sur l'organe central de la circulation ; et, dès ce moment, nous ne doutâmes plus du bon parti qu'on pourrait en retirer dans tous les cas d'hémorrhagies autres que celles de l'utérus, et dès ce moment nous prîmes l'engagement de nous livrer à une série de recherches à cet égard. Nous avons tenu parole ; nous avons employé cette substance contre toutes les hémorrhagies que nous avons eu à soigner depuis cette époque, et nous pouvons dire ici, par anticipation, que le résultat a été tel, qu'à notre avis la science ne possède pas d'hémostatique interne plus efficace.

Nos essais ont été faits sur trente malades affectés d'hémorrhagies diverses, et de ce nombre, il n'en est pas un qui n'ait été guéri promptement, ou dont la situation n'ait été notablement améliorée. Les hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin sont celles qui ont été le plus rapidement influencées, puis celles de la vessie, puis enfin celles des bronches. C'est sous forme de potion que nous avons administré l'extrait, et le plus ordinairement de la manière suivante :

Pr. Eau de laitue, ou julep gommeux. . . . . 120 grammes.
Sirop diacode. . . . . 36 —
Extrait aqueux de seigle ergoté. . . . . . 1 —

A prendre par cuillerée, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures.

Cependant, il faut l'avouer, cette substance n'agit pas avec la même efficacité sur toutes les hémorrhagies autres que celles de l'utérus : il est nécessaire de faire ici une distinction. Lorsque ces hémorrhagies sont actives, idiopathiques, il est rare qu'elles ne cèdent pas en vingt-quatre, ou tout au moins en quarante-huit heures ; mais quand elles sont passives d'emblée ou devenues telles par une perte de sang trop prolongée, c'est autre chose : ici, en effet, non-seulement l'ergotine n'agit pas aussi favorablement, mais elle pourrait encore aggraver la situation des malades, surtout si, en présence d'un premier insuccès, on était assez mal inspiré pour s'obstiner à courir après un résultat qui fuit toujours, soit en augmentant rapidement les doses, soit en les prolongeant outre mesure.

L'extrait ergoté est également moins efficace dans les cas d'hémorrhagies qui se montrent sur les personnes primitivement faibles, ou qui ont été épuisées par de longues maladies. Dans le scorbut, par exemple, bien que quelques praticiens aient rapporté des résultats favorables, nous n'en proscrivons pas moins de la manière la plus formelle l'em-

ploi de ce moyen. Il est constant, en effet, qu'il ralentit la circulation ; ce serait donc évidemment agir en sens inverse du but qu'on doit se proposer dans le cas dont il s'agit.

Il y a plus, c'est que plusieurs malades, d'une bonne constitution d'ailleurs, et chez lesquels nous avions employé l'extrait ergoté à hautes doses et pendant un laps de temps considérable, ont fini par avoir un engorgement aux gencives, avec grande disposition au saignement. Ces phénomènes ont persisté jusqu'à ce que cette sorte de saturation ergotée se soit éteinte, et que le cœur ait repris sa vigueur normale. Une fois même nous avons trouvé, sur les jambes d'un malade, des taches de *purpura hemorrhagica*, qui ne pouvaient pas être rapportées à une autre cause qu'à l'ergot. Toutefois ces taches, ces suffusions sanguines s'observent moins souvent à la peau qu'à la surface libre des membranes muqueuses, et spécialement de celles de l'intestin et des fosses nasales. Nous devons dire cependant ici que ce symptôme, assez commun à la suite de l'intoxication par l'ergot en nature, est très-peu prononcé, même à la suite de l'usage abusif de l'extrait de cette substance.

Il y a plus, c'est que si l'on considère que, dans l'intoxication lente par le seigle ergoté, il y a, comme dans le scorbut, un ralentissement considérable de la circulation, un affaissement progressif, une grande paresse musculaire, bref, une atonie radicale des capillaires sanguins, on sera bien forcé de reconnaître qu'il y a beaucoup de points de contact entre l'une et l'autre de ces affections.

Cela posé et la ressemblance une fois admise, si nous n'étions retenu par la crainte de paraître forcer nos rapprochements, nous pourrions nous élever à quelques considérations générales sur l'étiologie du scorbut : nous nous demanderions si, dans les vaisseaux destinés aux voyages au long cours, et où l'on observe plus particulièrement cette affection, le biscuit, en contact avec une humidité continuelle, ne finit pas par subir une altération notable ; bref, un degré de moisissure avancée qui le rapproche, jusqu'à un certain point, de la dégénérescence du grain de seigle dans sa transformation en ergot, et si ce n'est pas, en grande partie, à cette altération qu'on doit le développement du scorbut. Ces rapprochements ont fait surgir, dans notre esprit, une foule de considérations qui militent fortement en faveur de cette manière de voir ; mais nous devons nous en tenir aujourd'hui à ces simples indications, car de plus longs développements nous éloigneraient trop du but pratique que nous nous sommes proposé dans cet article. Nous comptons bien traiter plus tard cette nouvelle et importante question avec toute l'étendue qu'elle mérite.

Dans les cas d'hémorrhagie symptomatique d'une lésion organique, l'extrait aqueux de seigle ergoté n'a qu'une efficacité relative ; à titre d'hémostatique général, il arrête bien l'écoulement du sang, mais, malheureusement, ne pouvant rien sur la cause, il est impuissant à prévenir le retour de l'accident. C'est ce que nous avons constaté maintes fois dans les cas d'hémoptysie dépendant de tubercules crus ou en voie de ramollissement. Nous devons dire cependant que, même dans l'espèce, l'extrait ergoté a une utilité réelle, non-seulement parce qu'il modère ou suspend le *molimen hemorrhagicum*, mais encore parce qu'il atténue l'inflammation actuellement existante dans la portion du poumon qui entoure le tubercule. Quelques observations qu'on pourra lire dans la partie pratique de notre travail ne laisseront, nous l'espérons du moins, aucun doute possible à cet égard (1).

Nous ajouterons encore que nous sommes, dans le cas dont il s'agit, d'autant plus certain de son influence, nous dirons même de son efficacité, que nous lui avons vu produire des effets plus tranchés encore dans les inflammations franches de l'organe de l'hématose. Ainsi, dans les bronchites aiguës, et surtout dans les bronchites catarrhales, nous en avons à peu près constamment obtenu de très-bons résultats. Dans les pneumonies elles-mêmes, nous l'avons vu suspendre rapidement le crachement de sang et modérer, en même temps, le mouvement inflammatoire, si bien qu'à l'avenir, lorsque la lésion sera peu étendue, lorsque quelque circonstance particulière nous imposera une certaine discrétion touchant les évacuations sanguines, nous n'hésiterons pas à attaquer exclusivement l'inflammation par la potion ergotée. Aussi bien, qui oserait incriminer notre résolution ? Est-ce qu'une substance qui a l'heureuse propriété de ralentir la circulation n'est pas un antiphlogistique par excellence? Est-ce que la saignée est toujours possible d'ailleurs? Dans ces diverses circonstances ; l'extrait ergoté agit donc à l'instar des antiphlogistiques généraux. Nous ajouterons qu'il a sur eux, et particulièrement sur les évacuations sanguines, l'avantage de ne pas appauvrir l'économie.

Toutefois, que si, par mégarde, ou à cause de la persistance des symptômes, on avait poussé trop loin l'usage de cet extrait, et que la circulation tardât trop à se relever, il ne faudrait pas trop s'en effrayer, car les suites, quoi qu'on en ait dit, ne sont jamais fâcheuses. Dans tous

(1) Nous avons publié, vol. XXXII, p. 402, un fait qui met en relief d'une façon incontestable la propriété hémostatique de l'extrait aqueux de seigle ergoté, et en ce moment nous avons une jeune malade du dispensaire, atteinte de phthisie pulmonaire, chez laquelle une hémoptysie intense a été arrêtée en deux jours à l'aide de cette substance. (*Note du rédacteur*.)

les cas de ce genre, en effet, les forces comprimées ont repris assez vite leur première énergie, soit par le fait seul de la cessation du médicament, soit par l'alimentation que permet alors la convalescence; les boissons vineuses et les ferrugineux rendraient le retour à l'état normal plus rapide encore et plus assuré.

M. Bonjean, de Chambéry, se fondant sur quelques expériences de Wright sur les animaux, pour démontrer la puissance hémostatique du seigle ergoté en nature, dans les hémorrhagies traumatiques, a voulu soumettre l'extrait aux mêmes épreuves, et il est arrivé aux mêmes conséquences. Il pense, en effet, que cet extrait détermine promptement la formation d'un caillot obturateur et qu'il est rare que, sous son influence, l'écoulement du sang ne se suspende pas rapidement. A notre avis, ses expériences, pas plus que celles de Wright, n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées pour permettre d'avoir à ce sujet une opinion bien arrêtée; elles n'ont pas été faites, non plus, sur des vaisseaux assez volumineux. Que conclure, nous le demandons, de ce fait qu'un tampon de charpie imbibé d'une solution concentrée d'ergotine et maintenu par des bandelettes agglutinatives sur des vaisseaux ouverts d'une poule ou d'un lapin, soit parvenu à suspendre l'écoulement du sang? Mais qui ne sait qu'une artère même volumineuse, lorsqu'elle est coupée transversalement dans toute l'épaisseur de son calibre, ne donne souvent que peu ou point de sang par suite du retrait de ses deux extrémités? Qui ne sait encore que chez le mouton (et c'est précisément l'animal sur lequel M. Bonjean a fait la plupart de ses expériences), le sang est très-plastique et que parfois son écoulement cesse par le fait seul du contact de l'air avec ou sans l'aide d'un bandage compressif?

Nous aussi nous avons fait, sur des poules et des lapins, des expériences semblables à celles de M. Bonjean; et, bien que l'hémorrhagie se soit généralement suspendue, nous n'oserions pas conclure comme lui, parce que deux fois sur cinq, sur les animaux dont il s'agit, l'ouverture de l'artère carotide n'a pas été suivie de mort, grâce à un simple tampon de charpie trempé dans de l'eau froide et médiocrement serré. Cependant, nous devons l'avouer, la solution concentrée d'ergotine est plus efficace que ce dernier liquide, mais elle le doit moins à sa puissance coagulante, qui nous paraît plus que douteuse, qu'à sa grande viscosité qui lui permet d'adhérer aux parties sur lesquelles on l'applique.

Nous ne sommes pas davantage de l'avis de M. Mialhe, qui pense que l'extrait ergoté a pour action principale de condenser, de coaguler l'albumine, et que c'est en raison de cette propriété qu'il arrête les hémorrhagies. Selon lui donc, absorbée et portée dans le torrent de la circulation, cette substance arriverait aux capillaires, qui sont actuelle-

ment le siége de l'écoulement, et transformerait l'albumine en petits bouchons propres à intercepter ultérieurement tout passage au sang. Mais, à notre avis, rien ne prouve clairement que l'ergotine soit absorbée et transportée de toute pièce dans le torrent circulatoire ; il est même plus que probable qu'il n'en est rien, attendu que le travail moléculaire de la digestion et de l'hématose modifie d'ordinaire et transforme complétement les substances analogues. Toutefois, il est bien certain que cette substance a une action sur le sang ; mais en quoi consiste cette action, ou plutôt quelle est la nature des combinaisons chimiques qui la constituent ? C'est un secret que la science n'a pu encore nous révéler.

Ce n'est pas cependant sur de simples suppositions que M. Mialhe a étayé sa manière de voir. Il a cru remarquer, en effet, que si on fait dissoudre de l'albumine dans de l'eau, et qu'on mêle ensuite à ce liquide filtré une certaine quantité de soluté d'extrait ergoté, tout aussitôt l'albumine se condense, s'organise, pour ainsi dire, en filaments tenaces, et, ajoute M. Mialhe, cela n'a lieu qu'avec les substances qui, en thérapeutique, passent généralement pour être les meilleurs hémostatiques. Nous répondrons à ce fait, qu'ayant voulu répéter nous-même ces expériences, il nous a été impossible d'obtenir les mêmes résultats. Nous n'avons jamais pu constater la condensation de l'albumine en filaments par l'extrait ergoté, que lorsque l'eau albumineuse était mal filtrée ; et, dans ce cas, l'eau ordinaire produisait autant de filaments. Pour être plus certain encore du fait, nous avons mis, à plusieurs reprises, de la sérosité du sang filtrée et non filtrée en contact avec de l'ergotine ; mais, dans les deux cas, le mélange n'a subi aucune modification appréciable. Nous ne pensons donc pas, tout en rendant hommage à l'habileté de notre savant confrère, qu'on puisse admettre son explication relativement aux bons effets de cette substance dans les cas d'hémorrhagie.

Les résultats heureux que nous avons obtenus de l'extrait aqueux de seigle ergoté (1), dans quelques cas d'affections chroniques de l'utérus, ont été diversement appréciés et interprétés par des praticiens. Les uns, et c'est le plus grand nombre, les ont confirmés de leur propre expérience ; les autres les ont jugés moins favorablement et ont fait des objections auxquelles nous croyons devoir répondre quelques mots.

Ainsi, parce que certains malades ont éprouvé, pendant l'emploi de ce moyen, des douleurs lombaires, des coliques utérines, etc., quelques médecins se sont effrayés et n'ont pas donné suite à la médica-

(1) Voir ces travaux, t. XXV, et t. XXIX, p. 247.

tion. Pour nous, au contraire, ces prétendus accidents constituent plutôt une condition favorable, car ils prouvent que l'ergot influence l'organe malade. Aussi, en pareille occurrence, loin de suspendre, nous continuons d'augmenter progressivement les doses de l'extrait; seulement nous lui adjoignons une petite quantité de ciguë, de jusquiame ou de camphre. Il est rare alors que les symptômes dont il vient d'être question ne cessent pas en peu de temps.

D'autres médecins, au contraire, reprochent à l'extrait ergoté d'être inerte, et de n'avoir que peu ou point d'influence sur l'utérus. Ainsi, d'un côté action trop énergique; d'un autre côté impuissance complète; c'est vraiment à n'y rien comprendre.

A ceux qui nient toute action, nous répondrons qu'ils ont peut-être employé un extrait mal préparé ou provenant d'un seigle altéré. Peut-être aussi se sont-ils trop hâtés de conclure. Plusieurs fois nous avons nous-même rencontré des engorgements utérins qui sont restés longtemps stationnaires; mais, soutenu par la confiance que nous avions en l'extrait ergoté, nous avons persisté, et à la fin il a triomphé de lésions que d'autres avaient jugées à peu près incurables.

Au surplus, il est important de faire une distinction entre les divers engorgements qui peuvent atteindre l'utérus; car, dans l'espèce, leur nature influe beaucoup sur le résultat du traitement. Il est bien certain que ceux qui sont durs, blanchâtres ou grisâtres, bref, ceux qui touchent, pour ainsi dire, aux premières limites de la dégénérescence squirrheuse, résistent longtemps au seigle ergoté; mais ne résistent-ils pas aussi aux autres agents que la thérapeutique met à notre disposition?

Au reste, nous l'avons déjà dit, nous n'avons jamais eu la prétention de proposer une panacée avec laquelle on serait certain de faire disparaître, en quelques jours, toutes les affections utérines, quelle qu'en fût la nature et à quelque degré de désorganisation qu'elles fussent parvenues : non, mille fois, car ce serait une exagération ridicule qui mentirait à la fois à l'observation et au bon sens; mais nous maintenons plus que jamais qu'on peut tirer un très-bon parti de l'extrait ergoté dans plusieurs variétés de ces affections, et, qu'entre nos mains, il a souvent réussi là où tous les autres moyens avaient échoué.

Dans un prochain article nous rapporterons les expériences que nous avons faites sur nous-même, ainsi que quelques faits qui ne permettent pas le doute sur l'action spécifique de l'extrait aqueux de seigle ergoté.

Arnal, D. M. P.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES PRINCIPES RATIONNELS ET DES LIMITES DE LA CURABILITÉ DES CATARACTES SANS OPÉRATION.

Par le docteur Sichel.

L'idée de guérir la cataracte sans opération est presque aussi ancienne que la médecine. Les ouvrages des Grecs et des Romains, depuis Celse, et les volumineuses productions du moyen âge, fourmillent de formules médicales contre la cataracte, dont le nombre même, ainsi que l'oubli dans lequel elles sont toutes tombées, attestent l'impuissance. De nos jours, les méthodes opératoires de la cataracte sont devenues plus sûres et les succès de l'opération plus nombreux. Il en a dû nécessairement résulter que les moyens pharmaceutiques, si vantés pour la guérison, ont peu à peu été discrédités et dépossédés de leurs vertus préconisées depuis tant de siècles. Aujourd'hui tous les médecins expérimentés et de bonne foi sont d'accord pour regarder comme un fait exceptionnel la guérison sans opération de la véritable cataracte lenticulaire, c'est-à-dire de l'espèce de cataracte qui forme la grande majorité des cas de cette maladie, et pour abandonner les tentatives de traitement non chirurgical au charlatanisme, qui l'exploite largement, sans y rien apporter de nouveau. Les germes de toutes les méthodes ou procédés de traitement de la cataracte sans opération se trouvent, soit dans les ouvrages des anciens, soit dans les traités modernes d'ophthalmologie. L'ustion sincipitale, tant prônée et employée si exclusivement et si témérairement par l'empirisme, n'a-t-elle pas été appliquée aux maladies oculaires par Hippocrate, et employée, d'après des règles minutieuses, par les Arabes ? Il en est de même des autres moyens recommandés, dont aucun n'a rien de neuf, ni rien qui résiste à un examen impartial et approfondi. De temps à autre, quelques faits isolés, presque toujours incomplétement rapportés et mal interprétés, sont mis en avant par des hommes d'ailleurs irréprochables, mais évidemment incompétents, et peuvent servir à égarer l'opinion publique. C'est ce qui rend nécessaire de revenir, à de certaines époques, sur ce point de thérapeutique. Nous essayerons aujourd'hui d'exposer en peu de mots l'état actuel de cette question importante. Nous nous appuierons non-seulement sur des milliers de cataractes, que nous avons observées, sur des essais rationnels et empiriques faits par nous-même avec les moyens les plus accrédités, mais encore sur l'opinion et l'expérience des ophthalmologistes les plus célèbres de notre siècle.

Une circonstance surtout facilite l'abus scandaleux qu'un charlatanisme éhonté fait journellement de la crédulité des malades : c'est la grande latitude qu'on a assignée au mot de cataracte, et le diagnostic peu précis de l'espèce particulière de cette maladie dans chaque cas que l'on rapporte comme guéri sans opération. Cela tient notamment à ce que les guérisseurs de cataractes de profession sont généralement des ophthalmologistes peu instruits, visant uniquement à leurs avantages particuliers, et tenant secrets les moyens spéciaux qu'ils prétendent employer; de cette manière ils échappent à toute vérification de leurs assertions. Si ces gens-là se vantent de tant de succès, et en comptent en apparence un certain nombre, cela s'explique d'une manière très-naturelle. D'abord ils emploient des moyens palliatifs capables d'amender passagèrement la vision, tels que la belladone, la jusquiame et les autres narcotiques qui dilatent la pupille. Cela seul donne des succès en nombre notable, mais fort transitoires ; j'ai souvent pu me convaincre de ce fait dans de prétendues améliorations de la faculté visuelle sur des cataractés. Ensuite, l'artifice principal des guérisseurs consiste à proclamer cataractes des affections curables qui y ressemblent de près ou de loin, mais qui ne sont pas en réalité des opacités cristalliniennes, puis de les attaquer par les moyens usuels connus de tout le monde. En élargissant ainsi indéfiniment le cadre de la maladie qu'ils assurent guérir, ils ont beau jeu vis-à-vis de ceux qui, par manque de connaissances ophthalmologiques solides, par inattention ou par l'absence d'un intérêt scientifique, ne contrôlent point les assertions et les prétentions de cette classe de dangereux charlatans. Les principales maladies que la mauvaise foi, l'ignorance, ou seulement un diagnostic inexact, peuvent faire confondre avec des cataractes, sont les suivantes : des opacités superficielles, inflammatoires, ou chroniques et déjà organisées, de la cornée; des inflammations de la capsule antérieure (cristalloïdites); des amblyopies simples ou compliquées du reflet du noyau cristallinien jaunâtre promené sur le fond de l'œil; d'autres amblyopies commençantes, accompagnées d'un peu de trouble dans la profondeur du globe, dû à la turgescence vasculaire des membranes internes.

Une foule d'autres maladies encore, fort curables de l'avis de tous les médecins, sont proclamées des cataractes par ceux dont la réputation, ainsi que la fortune, est attachée à cette branche particulière de l'industrialisme médical. Les ophthalmologistes instruits et probes ont souvent même à se défendre contre l'erreur de ceux qui, donnant le nom de cataracte à des affections qui ne le méritent aucunement, sont disposés à leur faire une réputation de guérisseurs de cataractes sans opération. C'est ainsi que personnellement j'ai eu fort à faire dans

beaucoup de cas pour décliner l'honneur de la guérison de cette affection, lorsque, en effet, je n'avais dissipé que des kératites, des taies de la cornée, des cristalloïdites, etc. Il importe donc avant tout de préciser les espèces de cette maladie qui peuvent rationnellement et effectivement guérir sans opération. Ces espèces sont les suivantes :

1° Les cristalloïdites actuelles, aiguës et subaiguës, qui forment la grande majorité dans les cas de guérison réelle obtenue par le charlatanisme. Elles ne devraient pas, en réalité, figurer parmi les cataractes. Toutefois, à cause de leur fréquence, et puisque, à la rigueur, on peut les regarder comme des cataractes capsulaires inflammatoires, partielles ou complètes, il est permis, dans certaines limites, de les maintenir ici.

On distingue, en général, assez facilement la cristalloïdite de la cataracte lenticulaire, aux symptômes suivants, qui sont les principaux. Au début, la pupille se trouble et se remplit d'une espèce de fumée à laquelle succède peu à peu une opacité d'une teinte gris blanchâtre, mêlée souvent d'un peu de bleu et quelquefois d'un peu de jaune. L'opacité est d'ordinaire inégalement distribuée, formée de stries, de bandes, de plaques ou de points. Elle est plus rapprochée du plan de l'iris que dans les cataractes lenticulaires ; elle commence fréquemment auprès du bord pupillaire sous forme de bandelettes semi-lunaires ou linéaires. L'exsudation de fibro-albumine à la surface antérieure de la membrane séreuse donne bientôt lieu à des adhérences entre elle et la face postérieure de l'iris, par suite desquelles la pupille, lorsqu'on la dilate par l'action d'une solution narcotique, prend une forme irrégulière et sinueuse.

Quant aux autres caractères, au diagnostic, au traitement de la cristalloïdite, nous renvoyons à notre Traité de l'Ophthalmie, etc., p. 96 et suivantes, où nous avons exposé tous les symptômes capables de faire distinguer cette maladie de la cataracte lenticulaire, et même de la cataracte capsulaire pure et simple, c'est-à-dire non inflammatoire. En sa qualité de phlegmasie exsudative, la cristalloïdite est éminemment accessible à l'action de l'appareil antiphlogistique et antiplastique, et il est rare de la voir résister, dans la première période de son existence, à l'emploi des moyens pharmaceutiques bien choisis et dirigés avec intelligence et persévérance. Le nombre des cristalloïdites guéries par nous ou par d'autres praticiens rationnels est immense ; mais pour peu qu'on soit probe, logique et vraiment versé dans l'étude des maladies oculaires, on ne saurait les inscrire sans restriction, comme le font les empiriques, parmi les guérisons sans opération de cataractes véritables.

2° La cataracte lenticulaire, facile à distinguer de la cristalloïdite

par la teinte mate, l'uniformité de l'opacité, son plus grand éloignement de la pupille, l'absence des symptômes inflammatoires, etc., ne peut figurer ici qu'exceptionnellement. Elle survient après l'âge de quarante ans, sans cause connue, et ne cède à aucun traitement pharmaceutique. Dans un certain nombre de cas, elle s'arrête spontanément pendant un temps plus ou moins long; plus rarement encore elle rétrograde. L'une et l'autre terminaison a lieu plus souvent sans l'emploi d'aucun médicament qu'après un traitement. Par conséquent, cette même terminaison, après l'usage d'une méthode thérapeutique quelconque, doit être attribuée à la marche naturelle de la maladie et aux seuls efforts de la nature, et non pas aux substances médicamenteuses employées.

Une seule exception a lieu : c'est lorsque la cataracte, encore incomplète, est compliquée d'un travail spécial pathologique, tel que la syphilis, la goutte, le rhumatisme, une affection impétigineuse. Dans ce cas, des moyens appropriés, opposés à la maladie spéciale, peuvent quelquefois arrêter ou faire rétrograder l'opacité cristallinienne ; néanmoins, je dois dire que ce fait, signalé par les auteurs comme fréquent et relatif même aux cataractes lenticulaires complètes, d'après mon expérience, est excessivement rare, sinon problématique. Je soupçonne fortement que, dans la majorité des cas, il y a eu confusion, soit avec des cristalloïdites, soit avec des cataractes capsulaires encore accompagnées de phlegmasie chronique de la cristalloïde.

3° Cette dernière catégorie, à savoir, la cataracte capsulaire commençante, ayant encore dans son cortége un certain degré d'inflammation de la capsule du cristallin, maladie qu'on peut aussi définir comme la transition entre la cristalloïdite et la cataracte capsulaire, constitue un des cas les plus fréquents. Ici, le traitement antiphlogistique dérivatif et l'emploi externe et interne des mercuriaux et des antimoniaux à doses altérantes, des préparations iodurées, etc., peuvent produire des guérisons et des améliorations nombreuses.

4° La cataracte traumatique, lorsque l'inflammation de la capsule cristallinienne n'a produit ni son opacification complète, ni la coalescence des lèvres de la plaie, peut se dissiper en entier, soit par la résorption, soit par l'abaissement partiel ou total du cristallin et par la rétraction de sa capsule derrière la marge pupillaire de l'iris. Le traitement antiphlogistique, en empêchant le développement de la phlegmasie, l'exsudation de fibro-albumine, la perte de la transparence de la membrane séreuse et la soudure de ses lambeaux, peut, dans la plupart des cas, assurer la terminaison favorable.

5° Enfin, un certain nombre de cataractes lenticulaires peuvent guérir par leur abaissement spontané et non traumatique, terminaison

dont j'ai fait le sujet d'un Mémoire spécial et détaillé. (Journal de médecine de Hambourg, octobre et novembre 1846.) Quand de pareils cas tombent dans le domaine des charlatans, ils les exploitent habilement, comme des guérisons obtenues par leur médication.

En dehors des catégories que nous venons d'établir, il n'existe rien de positif, rien de vrai. Dès qu'on examine de près et qu'on analyse sévèrement les résultats prétendus miraculeux rapportés par les empiriques, le prestige disparaît. Nous avons suivi attentivement pendant des années la pratique de ces hommes; nous leur avons adressé des malades, en tenant note exacte de l'état antérieur et postérieur au traitement. Pour tout résultat, nous avons vu de rares améliorations de l'état de la vue, tenant à la disparition de complications inflammatoires, congestives, amblyopiques, par l'emploi de moyens que tout praticien connaît ; d'autres fois des amendements de la vision coïncidant avec la dilatation de la pupille par un narcotique mydriatique, sans diminution réelle de l'opacité; le plus ordinairement, des cataractes plus avancées ou complètes, et exigeant l'opération, des yeux fatigués, injectés, enflammés par l'usage de topiques irrationnels, des congestions et des phlegmasies cérébro-oculaires, souvent dangereuses, développées ou augmentées par la vésication ou l'ustion sincipitales ; des discussions devant les tribunaux, pour payement d'honoraires convenus d'avance et refusés par les malades, à cause du résultat, selon eux, absolument négatif et constaté tel, plus d'une fois, par mon examen. Pour d'autres résultats positifs, je n'en ai jamais pu constater aucun. C'est ainsi que feu Sanson ouvrit ses salles à l'Hôtel-Dieu à un de ces empiriques, pour y soumettre à des expériences sa prétendue méthode de la guérison des cataractes sans opération. Il nous invita, M. Carron du Villards et moi, à assister à ces essais et à les contrôler avec lui. L'individu en question, qui a largement usé et abusé de la publicité pour préconiser sa pratique dans les cataractes lenticulaires et autres, commençantes et avancées, avait même rapporté des exemples de guérison de cataractes complètes et de glaucômes. Or, toutes les fois que cet homme offrait de guérir telle et telle affection oculaire, déclarée cataracte par lui, nous trouvâmes soit une cristalloïdite, soit une congestion oculaire interne, soit un reflet particulier du cristallin transparent, soit une amblyopie simple ou compliquée de ce reflet, et nous refusâmes tout naturellement l'essai proposé, comme ne pouvant être concluant. Toutes les fois, au contraire, qu'une cataracte lenticulaire réelle, même à peine commençante, mais d'un diagnostic positif, fut désignée par nous comme devant servir à une expérience, l'homme aux miracles la trouvait trop avancée. Il finit par

se retirer entièrement, sans avoir tenté aucun essai. *Ab uno disce omnes.*

D'après ce qui précède, je maintiens tout ce que j'ai dit, il y a onze ans, sur la guérison de la cataracte sans opération, dans mon Traité de l'ophthalmie, p. 524 à 526. Mon expérience personnelle des onze dernières années et les bons ouvrages publiés dans le même laps de temps ne m'ont rien appris, ni rien fait changer dans mes opinions ; comme en 1837, je répète : « Après des recherches consciencieuses, nous sommes en droit d'accuser de mensonge ceux qui prétendent guérir les cataractes séniles par des remèdes pharmaceutiques. » Aussi ne saurai-je mieux terminer cet article qu'en reproduisant textuellement ce qui a été dit sur ce sujet par M. Furnari (Traité des maladies des yeux, p. 247) en 1841, et en transcrivant son énergique protestation contre le mensonge et le charlatanisme, protestation qui n'a rien perdu aujourd'hui de sa vérité et de sa valeur.

« Jusqu'à ce jour, tout moyen médical a échoué contre la cata-« racte complète ; à peine a-t-on pu, par des traitements violents et « souvent douloureux, retarder la marche de la maladie ; qui le croi-« rait cependant? il est des hommes qui spéculent encore sur la cré-« dulité publique pour annoncer qu'ils guérissent la cataracte *sans « opération*, quoique l'expérience journalière et le témoignage des « bons chirurgiens s'inscrivent constamment en faux contre une si « honteuse mystification. La cause en est que le mot opération effraye « toujours, lors même qu'il s'agit des moins douloureuses ; on n'y re-« court que lorsque l'on a épuisé toutes les promesses des charlatans. « Ceux-ci, pour la plupart, se bornent à instiller dans l'œil cataracté « quelques gouttes d'extrait de belladone ; à l'aide de ce moyen, le « champ de la pupille devenant plus ample, le malade y voit un peu « mieux, sa joie est extrême, et il s'empresse alors de célébrer les « louanges de cette méthode ; mais, hélas ! dès l'instant que l'on cesse « l'usage du fluide dilatateur, la pupille revient sur elle-même, et le « malade s'aperçoit, mais trop tard, qu'il a été la victime du charla-« tanisme et du mensonge. »

Sichel, D. M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES ARRÊTÉES PAR L'ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS.

On se rappelle que l'ordonnance d'octobre 1846 relative à la vente des poisons portait que l'Ecole de pharmacie serait chargée d'établir des formules de préparations arsenicales pour la destruction des ani-

maux nuisibles, l'arsenic et ses composés ne pouvant plus, d'après cette ordonnance, être vendus pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances. Par un arrêté récent, le ministre du commerce a approuvé et fait publier ces formules. Les voici :

Pâte arsenicale pour la destruction des animaux nuisibles.

Suif fondu.	1,000 gramm.
Farine de froment.	1,000
Acide arsénieux en poudre très-fine.	100
Noir de fumée.	10
Essence d'anis.	1

« Faites fondre le suif dans une terrine à feu doux, ajoutez-y les autres substances, et mélangez exactement.

« Cette préparation peut être employée pour la destruction des animaux nuisibles, soit seule, soit mélangée avec partie égale de pain émietté ou de toute autre substance recherchée par les animaux qu'on veut détruire. »

Cette pâte est surtout applicable à la destruction des rats, souris, mulots.

Mais il est une préparation importée de Prusse il y a quelques années, et qui réussit, selon nous, beaucoup mieux que la pâte arsenicale : c'est la pâte phosphorée, dont nous extrayons la formule de l'*Officine* :

On met dans un pot de terre neuf 300,0 de farine de froment ; on verse dessus 1000,0 d'eau bouillante, en agitant à l'aide d'une spatule de bois : d'autre part, on met 6,0 de phosphore à fondre dans quantité suffisante d'eau chaude ; on décante de manière à ne laisser qu'une très-petite quantité de celle-ci, quand celui-là sera fondu ; on fait alors un trou dans la pâte ci-dessus encore chaude, on y verse peu à peu le phosphore fondu, en agitant d'abord doucement, puis vivement, de manière à avoir une pâte dans laquelle le phosphore soit exactement divisé.

On étend cette pâte avec une baguette de bois sur des tranches minces de pain, que l'on place à l'endroit où les rats se présentent.

Savon arsenical pour la conservation des dépouilles d'animaux.

Acide arsénieux pulvérisé. . . .	320 gramm.
Carbonate de potasse desséchée.	120
Eau distillée.	320
Savon marbré de Marseille. .	320
Chaux vive en poudre fine. . .	40
Camphre.	10

« Mettez dans une capsule de porcelaine, d'une capacité triple, l'eau, l'acide arsénieux et le carbonate de potasse ; faites chauffer en agitant souvent pour faciliter le dégagement de l'acide carbonique. Continuez de chauffer, et faites bouillir légèrement jusqu'à dissolution complète de l'acide arsénieux ; ajoutez alors le savon très-divisé, et retirez du feu.

« Lorsque la dissolution du savon est opérée, ajoutez la chaux pulvérisée et le camphre réduit en poudre au moyen de l'alcool. Achevez sa préparation en broyant le mélange sur un porphyre ; renfermez-le dans un pot fermé. »

C'est la formule modifiée du *Savon de Bécœur*, dont les naturalistes se servent pour l'empaillage des animaux (1).

DE LA PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS A HAUTE DOSE.

Nous avons annoncé, il y a quelques mois, que, sur la proposition du *medicinal Collegium*, le gouvernement prussien avait pris une mesure ayant pour objet de prévenir les fâcheux effets des erreurs qui pourraient se glisser dans les prescriptions faites par les médecins de tous les médicaments ou ingrédients de médicaments qui, pris en trop forte dose, pourraient devenir nuisibles aux malades. Le Conseil sanitaire a fixé le maximum de chacun des médicaments dont il s'agit, que les pharmaciens pourront vendre et livrer sur une simple ordonnance de médecin ; et il a prescrit que si un médecin juge à propos de donner à un malade une dose de ces médicaments plus forte que le maximum, ce médecin doit faire, dans son ordonnance, une mention expresse de ce qu'il a jugé nécessaire d'agir ainsi, sans quoi il est interdit au pharmacien de livrer la dose excédant le maximum, et cela sous peine d'une amende de 80 à 200 fr.

L'Union médicale nous apprend que, dans la Pharmacopée prussienne qui vient de paraître, le signe adopté par lequel le médecin fait connaître au pharmacien son intention formelle de prescrire un médicament actif à haute dose, est le point exclamatif (!).

La mesure prise par le gouvernement prussien est fort sage, et, pour notre part, nous exhortons de toutes nos forces les praticiens français à adopter volontairement cette précaution ou quelque autre analogue.

On ne se fait pas idée dans quel embarras, dans quelle perplexité le pharmacien se trouve jeté par suite de la prescription faite par un médecin d'un médicament actif à haute dose, en vue de satisfaire à une in-

(1) Voir les quantités de carb. de potasse et de camphre indiquées, tome XXXII, page 339.

dication ou à un système médical particulier. Lorsque le pharmacien reçoit une prescription dans laquelle un médicament dangereux est prescrit à haute dose, voici ce qui arrive : ou bien il a des notions sur la posologie du signataire de la prescription ou sur la nature du mal que le médicament est destiné à combattre ; dans ce cas, il exécute la prescription sans hésiter ; ou bien il craint une erreur, et alors il se trouve jeté dans un doute embarrassant. Aller trouver le médecin qui a fait la prescription, et s'informer auprès de lui est son devoir. Mais, s'il ne peut rencontrer ce médecin à temps, et, ce qui est plus embarrassant encore, s'il n'a pu, ce qui arrive souvent, en lire la signature ; si ce médecin n'est pas de la localité ; comment faire ? Devra-t-il de son chef modifier la prescription ? Mais, s'il la modifie à tort, il s'expose à faire manquer la cure d'une maladie ou à égarer le médecin sur les effets thérapeutiques des remèdes. D'un autre côté, s'il ne le fait pas, il s'expose, dans l'indécision où il est de l'intention du prescripteur, à occasionner un accident funeste, et, par suite, à perdre sa maison ; car, il faut bien le dire, c'est toujours sur le pharmacien que le public fait retomber la faute de cette sorte d'erreur. C'était à lui, dit-on, à voir qu'il y avait erreur !

La mesure adoptée en Prusse est très-propre à sortir le pharmacien de cette hésitation pénible dans laquelle il est presque journellement jeté, depuis que les médecins prescrivent de plus en plus les médicaments actifs à haute dose. En l'adoptant volontairement et d'une manière générale, ces derniers serviraient, en outre, leurs propres intérêts et ceux de leurs malades, car il arrive assez souvent que, malgré le soin que prend le pharmacien de dissimuler son embarras, le malade, ou son envoyé, s'en aperçoit. On en comprend le mauvais effet.

Nous savons bien que des praticiens, tandis qu'ils prescrivent les doses de substances inertes ou peu actives simplement en chiffres, écrivent en toutes lettres celles des substances dangereuses ; mais cela ne suffit pas, à notre avis ; il faut quelque chose qui précise davantage l'intention de l'auteur de la prescription. On peut se tromper de dose quoique l'écrivant en toutes lettres, tandis qu'il serait inouï qu'on se trompât en certifiant cette dose, soit par un signe, soit même, et mieux encore, par une véritable certification. Pourquoi, en effet, après avoir écrit une dose élevée d'un agent énergique, ne ferait-on pas un renvoi avec ces mots : *je dis telle dose ?* Indiquons ce que nous entendons par un exemple.

Pilules tétaniques.

Strychnine. . . . . . 0,50 ou cinquante centigrammes (1).
Poudre de valériane. . 1,00 ou un gramme.

Conserve de roses rouges, q. s.

F. S. A. vingt pilules.

(1) *Je dis cinquante centigrammes.*

Quand même la dose de l'agent énergique prescrit sortirait beaucoup moins de la posologie ordinaire que celle que nous indiquons dans la formule ci-dessus, et que nous avons exagérée avec intention, nous recommandons encore la certification. En fait de prescriptions de ce genre, on ne saurait trop prendre de précautions.

Nous appelons fortement l'attention de tous les praticiens sur ce point de l'art de formuler. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAU TRAITEMENT DE CERTAINES ESPÈCES DE GANGRÈNES, NOTAMMENT DES GANGRÈNES SÉNILES.

Il y a quelques années à peine que les prétentions de l'anatomie médicale avaient voulu limiter les causes productrices de la gangrène sénile à l'ossification des artères. Depuis, les progrès de cette même branche de la science ayant mieux avisé les pathologistes, il est resté évident que non-seulement on ne pouvait guère s'expliquer les gangrènes dont il s'agit par cette cause unique, mais encore que l'ossification des artères elle-même n'entraînait pas nécessairement la mort des tissus qui en dépendent. Toutefois, dans cette situation de la science, la pratique n'en est pas moins restée flottante entre les idées si hasardées des anciens sur l'asthénie des tissus et celles trop exclusives du broussaïsme sur l'effet contraire, la sthénie de ces mêmes tissus.

Cependant, la pratique qui chaque jour tend à se lier plus étroitement avec la théorie, puisque chacune ne peut arriver à une certaine conséquence qu'en s'appuyant sur des points de départ qui présentent une certaine solidité, la pratique, dis-je, lassée des déceptions du passé, a dû appeler à son aide la réflexion, et comprendre que c'était dans les sources qui pouvaient fournir quelques indications rationnelles qu'il fallait chercher les causes réelles de la production de la gangrène. Or, de cette alliance de données, et en suivant les anneaux de la chaîne des faits cliniques et physiologiques, il est résulté cette conséquence pathologique, que les gangrènes, de quelque espèce qu'elles soient, ne pouvaient se rattacher qu'à deux grandes catégories étiologiquees : celles qui dépendent d'un état particulier de nos fluides, ou d'une modification ou altération spéciale de nos solides.

Prise de ce point de vue, la question avait fait un grand pas pour assurer la pratique, parce qu'on pouvait aller chercher les indications thérapeutiques dans l'nn ou l'autre ordre de ces phénomènes.

En effet, parvenu à ce degré de lumière, il était facile de prévoir et de comprendre que l'état des fluides pouvant modifier les solides par les dépôts qu'ils y laissaient, et par suite par la difficulté des mouvements circulatoires qui en résultait, il devait s'ensuivre que, quelle que fût celle de ces causes qui eût agi la première, la conséquence qui devait en résulter pouvait constituer ou faire naître la seconde; de manière qu'alors elles concouraient toutes deux aux progrès de la maladie.

C'est ainsi pareillement que l'opinion de MM. Delpech et Dubreuil, qui pensaient que la gangrène sénile est constamment une inflammation artérielle produisant de fausses membranes qui rendaient imperméables les vaisseaux capillaires, et de proche en proche les branches, ce qui s'accorde aussi bien avec les faits cliniques observés qu'avec les expériences physiologiques de MM. Cruveilhier et Magendie, rentre parfaitement dans l'expression dernière de la science; tandis que les conséquences pratiques que je vais rapporter semblent achever la démonstration en terminant le cercle que doivent parcourir les phénomènes. C'est pourquoi je n'ai pas cru devoir retarder plus longtemps la publication d'un fait qui, en complétant les idées sur cette nouvelle théorie, pouvait ouvrir un nouveau champ à la thérapeutique d'une maladie qui a toujours fait le désespoir des praticiens.

Le père Offan, de la commune de Pierrevert (Basses-Alpes), âgé de quatre-vingt-deux ans, mais encore assez fort et ingambe pour faire sa journée de cultivateur, est pris, dans le courant de septembre 1847, de douleurs dans les orteils avec changement de couleur à la peau. Appelé quelques jours après, je trouve, en effet, les doigts du pied d'une couleur ardoisée, noirâtre, mais sans tuméfaction appréciable. Sur certains points, cette teinte s'arrêtait assez brusquement sur le tégument sain; sur d'autres, notamment vers le gros orteil, une teinte violacée donnant sur le rouge, servait d'intermédiaire. Le malade souffrait beaucoup, et le plus léger attouchement était intolérable, notamment à l'extrémité des orteils.

A ces symptômes, je ne pus méconnaître une gangrène sénile, et les phlyctènes, puis des portions de tégument qui se sphacélèrent plus tard, confirmèrent mieux encore mon diagnostic. Mais la difficulté n'était pas là; il fallait parer au mal, en arrêter les progrès, et en évoquant mes souvenirs pratiques ou scientifiques, je n'arrivai qu'à l'indécision et au découragement. J'avais vu des maîtres à Paris, des confrères en

province, moi-même, dans d'autres circonstances, j'avais prodigué si inutilement tant de topiques émollients ou toniques, que je n'osais me confier de nouveau à de pareils moyens. Cependant, me disais-je, ces moyens ont peut-être échoué parce qu'ils n'ont pas été appliqués au début de la maladie? Ici les circonstances sont différentes : essayons! D'autre part, comme les douleurs étaient très-vives, sans avoir grande confiance à l'opium dont je ne pouvais comprendre le mode ou le genre d'action, je crus ici trouver l'indication spéciale du moyen préconisé par Pott, et j'ordonnai d'abord deux, ensuite quatre pilules par jour, de 5 centigrammes chaque, d'extrait gommeux thébaïque, des fomentations aromatiques, et des cataplasmes émollients arrosés d'eau-de-vie camphrée. Mais les douleurs, loin de diminuer, augmentèrent; le mal, au lieu de s'arrêter, s'agrandit, car, à ma seconde visite, huit jours après, une partie de la plante du pied, et notamment son bord interne étaient envahis, avec des phlyctènes renfermant une sérosité noirâtre.

Je me souvins alors de l'opinion de MM. Delpech et Dubreuil, que je rapprochai tout de suite de ces faits où Dupuytren avait conseillé avec avantage la saignée. Mais Dupuytren avait eu affaire à des sujets pléthoriques, dont la face était rouge et animée; tandis que mon malade était pâle et très-avancé en âge. Cependant, quoique sans fièvre, son pouls était plein et dur, et cette dernière circonstance, jointe aux raisons précédentes, me détermina enfin à abandonner la première voie pour en suivre une nouvelle.

D'ailleurs, par des évacuations sanguines, me disais-je, on doit arriver à l'une des causes productrices du mal, car de deux choses l'une, ou il est produit par une modification organique résidant dans les solides, qui gêne ou arrête la circulation capillaire, ou les dépôts d'albumine et de fibrine provenant du sang empêchent cette même circulation.

Dès cet instant, mon plan thérapeutique fut arrêté : il fallait fluidifier le sang. Je saignai donc mon malade, et je lui retirai environ 300 grammes de sang riche et légèrement couenneux. Mais, comme je ne pouvais, à son âge, répéter trop souvent des évacuations sanguines, je voulus en même temps le soumettre à une médication qui pût atténuer lentement et insensiblement les matériaux du sang, pour obtenir d'ailleurs un effet plus permanent, ce qui, tout en permettant de ne pas recourir aussi souvent à la saignée, devait favoriser d'une manière plus soutenue, plus régulière, et partant plus certaine, les mouvements organiques à leur retour physiologique. Je prescrivis donc au malade de boire dans les vingt-quatre heures une pinte d'eau fraîche dans laquelle

on aurait fait dissoudre 10 grammes d'azotate de potasse. En même temps, pour nourriture, des végétaux herbacés et du lait, sinon dans le but qui l'avait fait prescrire à Fabrice de Hilden et à Morgagni, mais seulement dans celui de seconder ma médication en donnant à mon malade une nourriture aussi légère que possible, tendant pareillement à modifier la plasticité du sang.

La première indication était donc posée et remplie ; mais ne sachant pas jusqu'à quel point la plasticité du sang devait être prise en considération dans les premiers effets pathogéniques de mon malade, ne pouvant également savoir au juste jusqu'à quel degré la fluidification du sang obtenue pourrait favoriser la résorption dans les parties déjà affectées, je me demandais encore si l'on ne pourrait pas agir topiquement, de manière à produire en même temps, sur les capillaires engorgés et distendus, une action directe, capable, soit de seconder les effets de la médication générale, soit de prendre elle-même l'initiative sur l'impulsion à donner à l'absorption qu'il était si nécessaire de solliciter, pour déterminer la résolution de l'hypérémie dans les parties, qui n'étaient pas encore parvenues à une désorganisation, mais qui s'y acheminaient.

Je ne vis rien de mieux que le froid : je fis donc mettre le pied du malade dans de l'eau froide trois fois par jour pendant une heure, puis recouvrir la partie de linges souvent renouvelés et trempés dans le même liquide.

A quel moyen plus simple et plus efficace aurais-je pu songer? à nos nombreux, mais incertains astringents, à la glace? Je n'en avais pas sous la main. D'ailleurs, son action, continuée avec une certaine persistance, n'aurait-elle pas été trop hyposthénisante? Appliquée en frictions, comme le font les Russes lorsqu'ils s'aperçoivent qu'une extrémité va être frappée de mort? Mais s'agit-il d'une gangrène de même nature? N'est-ce pas ici, plutôt, une asphyxie locale à laquelle viennent obvier tout à coup des frictions momentanées de glace, en rendant aux tissus leur tonicité première? Dans le cas en question, il y avait évidemment un travail phlogistique qu'il fallait combattre avec une certaine continuité, parce que les phénomènes qui s'y montraient avaient exigé certains apprêts de développement, pour compléter une activité de travail qui devait s'y effectuer encore. L'eau froide employée en permanence, comme je le faisais, me parut remplir et satisfaire à toutes ces indications.

En effet, huit jours après, je pus remarquer que non-seulement le mal n'avait plus fait de progrès, mais encore que les parties violacées ou rouges avaient perdu de l'éclat, de leur couleur, en même temps que de

leur tension. L'amélioration n'était pas douteuse : toutefois le pouls me parut encore assez dur et plein pour supporter une nouvelle évacuation sanguine et seconder, sinon assurer ainsi la diminution des phénomènes pathologiques déjà commencée. Je la pratiquai en effet, et à ma troisième visite, que je fis huit jours après encore, je trouvai que les douleurs, qui avaient progressivement diminué, s'étaient entièrement dissipées, et que la teinte des parties était réduite à une nuance rosée. De plus, les escarres s'étaient toutes détachées, tandis que certaines portions des plaies qui en étaient résultées cheminaient vers la cicatrisation.

Tout en continuant alors la boisson alcaline et le régime alimentaire, je réduisis les bains d'eau froide à deux par jour, tandis que leur durée fut aussi diminuée; car comme nous approchions de la fin d'octobre et que la température avait baissé, le malade se plaignait de ne pouvoir plus rester aussi longtemps dans l'eau froide. En même temps, je m'occupai de hâter la cicatrisation des plaies, et quoique les applications de linges trempés dans l'eau froide, que je continuais et que le malade supportait mieux que les bains, pussent m'aider à ce sujet, je crus utile, soit pour ne pas déranger trop souvent les linges en contact avec les plaies, soit pour ne pas s'exposer à excorier les bourgeons charnus, si les linges, n'étant pas assidûment imbibés d'eau, venaient à adhérer avec les chairs, je crus utile, dis-je, de protéger les plaies par un pansement particulier.

Je relate ici ce pansement, parce qu'il m'a réussi dans une foule de circonstances. Il consistait à recouvrir les plaies de feuilles de laitue, ointes avec un liniment fait avec parties égales d'huile d'amandes douces et de sous-acétate de plomb (eau de Goulard). Je préfère ce liniment au cérat, dont diverses couches finissent par adhérer à la peau, s'y rancissent et s'y corrompent par leur mélange avec le pus, sans compter la détérioration que la chaleur animale leur fait subir. Je préfère aussi des feuilles de laitue à du linge, parce que la fraîcheur, la texture, sinon l'action particulière de ce défensif s'accommodent mieux aux plaies vives auxquelles il n'adhère jamais, à moins qu'on ne les laisse très-longtemps.

Enfin, mon malade fut tout à fait guéri vers la fin de novembre, et n'a rien ressenti depuis, pas la moindre douleur, pas le plus léger accident. La couleur de la peau et des cicatrices devint bientôt, et est encore aujourd'hui parfaitement normale. Seulement, j'ai été appelé par lui, il y a environ un mois, parce que les mêmes accidents reparaissaient au pied opposé. Tout de suite je le remis à sa boisson alcaline, à son régime végétal et lacté, aux bains et aux applications

d'eau froide. Quelques jours après, les orteils, qui étaient noirs, avaient repris leur couleur naturelle. L'épiderme, cette fois, sera, je pense, seulement compromis, car je n'ai plus revu le malade et je n'ai plus été appelé, ce qui m'assure qu'il est entièrement rétabli. Cette fois, on doit le remarquer, je n'ai pas recouru à la saignée, et les autres moyens de la médication, employés dès le début, ont tout de suite arrêté le mal.

L'efficacité de cette thérapeutique et son action directe sur les causes pathogéniques ne sauraient donc être révoquées en doute. Resterait à bien constater si, dans les gangrènes avec ossification des branches artérielles, elle aurait la même puissance. La suite de ce malade pourrait me le prouver; mais toujours est-il, dans l'état de la science, que si la circonstance d'ossification rendait la médication moins efficace, elle ne saurait en diminuer ni l'opportunité, ni le rationalisme, car il est difficile de prévoir celle qui pourrait se mieux accommoder à l'influence que peut avoir une telle altération dans la texture artérielle.

Dauvergne, D. M. P.,
Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'hystérie, par J.-L. Brachet, *chevalier de l'ordre de la Légion-d'Honneur, professeur de pathologie générale à l'école de médecine de Lyon, etc., etc.*

(Ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.)

Quand un auteur a formé l'entreprise de traiter une des questions mises au concours par les Académies, il semblerait que le premier but qu'il se propose, c'est de faire un gros livre, dans lequel tout le passé de la science est longuement développé. Est-ce là, cependant, le but qu'on s'est proposé dans l'institution des concours de ce genre? Non, bien évidemment. Cet historique est fait, il se trouve partout, il est écrit vingt fois, et souvent par des plumes plus habiles, des critiques plus forts, dans la bibliothèque de tous les médecins. Ce que demandent les Académies, ce sont des recherches originales, ce sont des inductions sévères, des travaux, en un mot, qui concluent à une pratique plus rationnelle, qui guident les médecins dans une direction donnée. Ce n'est certes pas le travail de M. Brachet qui nous inspire ces réflexions; homme de science et d'expérience incontestées, il lui appartenait plus qu'à tout autre de suivre ces errements, et de viser, en traitant la question de l'hystérie, à faire de son livre un ouvrage classique, une mo-

nographie complète. C'est aussi bien ce qu'il a fait, et fait avec un réel succès. Cependant, nous le dirons avec franchise, nous regrettons que M. Brachet ait cru devoir sacrifier là-dessus à la position distinguée qu'il occupe, et qu'au lieu de nous donner un traité complet de l'hystérie, qu'un simple compilateur moins habile eût pu produire aussi bien que lui, il ne se soit pas renfermé dans les limites d'un simple Mémoire, où ce qu'il y a d'original dans la conception de l'hystérie se fût plus clairement dessiné. Ces remarques faites, indiquons rapidement le plan de l'ouvrage du médecin distingué de Lyon.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, une bonne partie du livre est consacrée à l'historique de la question que se propose de traiter l'auteur. Cette première partie de l'ouvrage est terminée par des considérations physiologiques, des études sur le physique et sur le moral de la femme, et un nombre modeste d'observations, dans lesquelles on voit la maladie se produire sous ses principales formes. Rien de bien neuf en tout ceci. Ce que les auteurs n'ont point dit dans les nombreuses questions qui se rattachent à ces chapitres divers, M. Brachet lui-même l'a dit dans des publications antérieures, auxquelles il doit la popularité attachée à son nom. Ces excursions terminées, le professeur de pathologie générale de l'école de Lyon aborde enfin le côté pratique de la question; c'est là que l'on reconnaît l'homme qui a vu beaucoup et bien vu, le médecin habile, le praticien consommé. Dans les nombreux chapitres qui partagent cette partie de son ouvrage, M. Brachet étudie successivement l'étiologie de l'hystérie, la symptomatologie, la nature de cette affection, son siége, sa marche, et la thérapeutique la plus rationnelle qu'il convient de lui opposer.

Nous ne suivrons pas le médecin de Lyon dans toutes les discussions scabreuses, difficiles, que de telles questions font surgir à chaque pas, quand il s'agit d'une maladie telle que l'hystérie; nous nous contenterons de dire d'une manière générale, que, s'il est loin d'avoir résolu toutes ces questions, il est incontestable que dans plus d'un point il s'est rattaché aux doctrines les plus sensées, les moins aventureuses. C'est ainsi que, pour ce qui est du siége de l'hystérie, il ne partage pas l'opinion exclusive et erronée, suivant nous, de son compétiteur, M. Landouzy, en plaçant uniquement le foyer du mal dans les organes sexuels. Pour M. Brachet, l'hystérie n'est point une maladie de la matrice ou de ses annexes; c'est une affection des nerfs encéphaliques. Maintenant, détermine-t-il la nature, le mode de cette affection? Il l'essaye, mais il y échoue comme tous ses prédécesseurs. Nous craignons même un peu que l'auteur ne se soit fait un peu illusion à cet endroit, et qu'il n'ait pris un changement de nomenclature pour un progrès d'idées, un

perfectionnement doctrinal. Il y a également du bon dans tout ce qui est relatif à la thérapeutique; nous avons même remarqué avec bonheur que, quand l'auteur touche à certaines questions, il y met une gravité, une sévérité de doctrine philosophique que plusieurs n'ont pas imitée; mais, il nous semble que là partout il manque un peu de critique, et que l'éclectisme de M. Brachet, en fait de thérapeutique, dégénère quelquefois en un syncrétisme peu judicieux. C'est parce que le *Traité de l'hystérie* a, suivant nous, une valeur pratique réelle, que nous n'avons pas craint de mêler, dans cette courte notice, le blâme à l'éloge; la franchise de l'un assure la sincérité de l'autre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Exemple rare de luxation des deux os de l'avant-bras en avant, sans fracture de l'olécrâne. — Réduction facile. — S'en rapportant aux données anatomiques, la plupart des auteurs ont nié la possibilité de ce genre de luxation, sans fracture préalable de l'olécrâne, et on le conçoit, pour peu que l'on se rappelle le mode d'articulation si intime, et les muscles énergiques qui protégent cette articulation. Les expériences sur le cadavre ont semblé venir encore confirmer ce résultat; de sorte que les quelques exemples publiés de loin en loin ont toujours été contestés. A ce titre, l'observation suivante présente donc un grand intérêt, puisque le fait a été observé à la clinique de M. Velpeau, et que personne ne contestera la valeur d'observation de l'habile professeur de la Charité.

Alexandrine Carelli, journalière, âgée de vingt-trois ans, fut renversée le 10 juillet par une voiture dont une des roues lui passa sur le bras droit. Transportée immédiatement à l'hôpital de la Charité, elle put être examinée immédiatement par M. Velpeau, qui arrivait faire sa visite. Aucun gonflement ne s'était encore produit; il fut donc facile à ce chirurgien de se bien rendre compte de l'espèce de déplacement. Le bras présentait un angle droit et ne pouvait être ni étendu, ni fléchi davantage, l'avant-bras était dans un mouvement de supination très-prononcé, et, on le sait, dans les rares exemples de luxations de l'avant-bras en avant, on a noté l'extension forcée avec allongement du membre. En palpant le coude, M. Velpeau trouva la saillie olécrânienne remplacée par une large surface raboteuse, terminée à droite et à gauche par les condyles de l'humérus; c'était évidemment la poulie humérale. En avant, le radius était logé dans la fossette qui reçoit l'apophyse coronoïde du cubitus, et le cubitus était placé en dehors de son

jumeau, de sorte qu'on pourrait peut-être dire luxation en avant et en dehors du cubitus; si on l'eût observée seule, on l'eût du moins ainsi spécifiée. La réduction fut facile, on n'eut même pas recours aux inhalations du chloroforme, et la malade sortait le 19, ne conservant qu'un peu de raideur de l'articulation, due surtout à la tension du tendon du muscle biceps brachial antérieur.

Huile d'épurge et digitale pourprée, dans un cas grave d'endocardite chronique et d'œdèmes étendus. — Le nommé Guirlenger, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, exerçant la profession de peintre en bâtiments, venait de quitter le service militaire et s'était toujours bien porté, lorsqu'il éprouva, pour la première fois, en 1836, des palpitations, avec étouffements et œdème des membres inférieurs. Il n'avait jamais été atteint de rhumatisme. On le saigna, on lui fit prendre des purgatifs, puis des potions additionnées de teinture éthérée de digitale. La guérison était complète vers le quarantième jour de ce traitement. La santé fut ensuite très-bonne; G. n'éprouvait aucune palpitation, même en montant un escalier. Ce fut seulement au commencement de janvier 1848, que cet homme fut pris de rhume, avec quelque peu d'expectoration sanglante. Un peu de tisane, de régime et du repos, suffirent pour lui faire croire à la guérison. Mais au milieu du mois, les jambes se tuméfièrent et les palpitations reparurent. C'est dans cet ordre de symptômes que le malade expose le retour de son état morbide. L'œdème des membres inférieurs semble indiquer, malgré l'apparence de santé, que l'endocardite persistait. On le saigna et on le purgea de nouveau; les palpitations diminuèrent dès le commencement du mois de mars, mais l'œdème persistait. Alors la santé s'altéra de plus en plus, et le 20 juillet 1848, il fut reçu à la salle Saint-Lazare de l'Hôtel-Dieu.

Nous le trouvons, le lendemain, assis sur son séant, la respiration extrêmement gênée, le visage pâle et bouffi, les membres supérieurs et surtout les inférieurs très-œdématiés, la cavité abdominale développée par un épanchement de plusieurs litres de sérosité. Le pouls donne cent battements d'une force moyenne, les pulsations du cœur sont un peu plus prononcées, mais ne dépassent pas l'étendue de l'état normal, le premier bruit est fortement soufflé, presque accompagné de frottement, et se confond avec le second; l'auscultation des artères n'offre rien de particulier. La peau est d'une température normale, la respiration courte et fréquente n'est accompagnée ni de toux, ni d'expectoration; mais le thorax donne un son mat à la percussion à droite et à gauche dans son tiers inférieur, où le bruit respiratoire est très-lé-

gèrement sous-crépitant et s'entend à peine ; au-dessus la respiration est un peu sibilante. L'appareil digestif est dans un état satisfaisant. L'urine en petite quantité est normale et ne contient point d'albumine. M. Martin Solon diagnostique une endocardite chronique, avec œdème des poumons, ensuite l'infiltration consécutive des membres. Il prescrit 5 centigrammes de digitale en poudre, matin et soir, une tisane pectorale nitrée, un julep béchique et des potages.

22 et 23 juillet. Le nombre des pulsations diminue chaque jour, et la diurèse commence à s'établir. Pour ouvrir une voie de plus à l'élimination de la sérosité, M. Martin Solon prescrit 3 grammes d'huile d'épurge (euphorbia latyris) dans 60 grammes de potion émulsive.

25 juillet. L'huile d'épurge, prise, la veille, avec plaisir par le malade, car ce purgatif hydragogue n'a de goût que celui qu'on lui communique, a produit deux régurgitations séro-bilieuses, puis une garderobe solide, et enfin, en plusieurs fois et sans coliques, deux litres au moins de selles séro-bilieuses. Le pouls est à l'état normal, le bruit du cœur s'est modifié : on entend le premier ; il est court et légèrement soufflé ; le second est devenu très-distinct et donne une sensation de froissement assez prononcée. Continuation de 10 centigram. de poudre de digitale en deux fois, un cinquième d'aliments.

27 juillet. Une nouvelle dose d'huile d'épurge, donnée la veille, a produit des effets semblables à ceux de la première ; la respiration est perçue facilement dans les régions inférieures du thorax, et accompagnée d'un peu de râle sous-crépitant. La matité est moindre, le sentiment d'oppression a disparu entièrement. Le pouls est normal et régulier ; mais les deux bruits morbides du cœur persistent. Un cinquième et demi.

Après une troisième purgation, donnée le 25 juillet, la santé redevient parfaite, malgré la persistance des bruits morbides du cœur, dont le malade n'a point conscience. Il monte et descend les escaliers sans oppression, ne tousse point, dort, la tête complétement couchée ; mange et digère bien, son appareil digestif n'ayant été nullement dérangé par l'huile d'épurge.

Ce médicament mérite une attention particulière. Nous nous en sommes déjà occupé dans le volume VIII du *Bulletin*, page 38. Nous aurons probablement l'occasion d'y revenir. Divers malades, chez lesquels nous l'avons vu employé dans le service de M. Martin Solon, s'en sont bien trouvés. L'absence de toute saveur, la faculté de purger sous un petit volume et avec des effets gradués, en élevant la dose d'un gramme 50 à trois grammes, et la facilité de se procurer chez nous

les semences d'épurge, rendraient ce produit préférable à ceux des autres euphorbiacées.

Cancer du sein. — Beau résultat de l'autoplastie par glissement. — Voici un fait qui met en relief, d'une façon trop remarquable, les avantages de l'autoplastie par glissement, pour ne pas le citer. La femme Bourgeois, âgée de cinquante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour être opérée d'un cancer encéphaloïde du sein gauche. La dégénérescence avait envahi la peau qui recouvre la tumeur ; il fallait donc sacrifier tout l'organe. Après avoir soumis la malade à l'action des vapeurs du chloroforme, M. Jobert circonscrit la mamelle par deux incisions elliptiques pratiquées à sa base, puis l'enlève en entier à l'aide d'une dissection rapide. Ce premier temps de l'opération laissa une vaste solution de continuité. Deux procédés d'autoplastie étaient en présence pour la combler, car on ne pouvait penser à laisser suppurer une surface aussi considérable ; il eût fallu des mois avant que la cicatrice en fût complète. Ces deux procédés sont : la *méthode indienne* qui consiste, on le sait, à emprunter aux parties voisines le lambeau destiné à réparer la perte de substance, puis la *méthode française* qui s'en distingue en ce que les lambeaux sont fournis par les bords mêmes de la solution de continuité, que l'on dissèque assez loin pour qu'ils puissent être rapprochés et maintenus en contact sans éprouver de tiraillement. Les avantages de cette dernière méthode qui, tout en faisant jouir la malade des bénéfices si grands de la réunion immédiate, permet de ne pas faire une nouvelle plaie, étaient trop évidents, pour que l'habile chirurgien n'y eût pas recours ; seulement la distance était tellement condidérable, qu'il semblait douteux qu'on pût arriver à amener au contact des contours distants de 15 à 18 centimètres. Pour permettre une dissection assez grande des lambeaux, M. Jobert fit aux deux extrémités de la plaie une incision verticale qui lui permit d'isoler dans l'étendue d'une paume de main les téguments du muscle grand pectoral qu'ils recouvraient ; il en fit autant de ceux placés au-dessous de la plaie, et put alors rapprocher très-facilement les deux bords si distants de la solution de continuité, en les faisant glisser l'un vers l'autre. Cinq points de suture entortillée furent appliqués, et la réunion eut lieu par première intention.

Il est facile de comprendre les immenses résultats d'un tel procédé dans de telles circonstances, puisque cette femme put guérir en moins de quinze jours. A cet avantage si grand s'en joint un autre, suivant M. Jobert, c'est la récidive moins fréquente du cancer dans les cas opérés par les méthodes d'autoplastie, surtout celles qui peuvent af-

franchir les cicatrices de tout tiraillement. Nous avouerons que ce côté prophylactique de l'autoplastique est moins évident pour nous. En attendant que l'observation clinique vienne mettre hors de doute ce point important, les bénéfices immédiats nous paraissent encore assez considérables pour appeler l'attention des praticiens sur la valeur de ces incisions supplémentaires, qui assurent la réunion par première intention des lambeaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANKYLOSE *incomplète traitée par l'action combinée des douches froides et des mouvements graduellement forcés.* La difficulté, sinon l'impossibilité de guérir certaines ankyloses incomplètes, a inspiré à M. Fleury l'idée d'essayer contre cette affection rebelle l'emploi des douches froides, seules ou combinées avec les mouvements artificiels gradués, le seul moyen peut-être qui ait offert jusqu'ici quelques avantages entre les mains de certains chirurgiens. M. Fleury espérait, par ce moyen, remplir deux ordres d'indications importantes : 1° Rétablir la sécrétion de la synovie, agir sur l'absorption intestinale et la nutrition, de manière à rendre au tissu fibreux sa souplesse et son élasticité, aux muscles atrophiés et plus ou moins paralysés, leur volume et leur contractilité ; à replacer, en un mot, les parties molles et osseuses dans leurs conditions normales. — L'action excitante de l'eau froide sur la circulation capillaire lui paraissait devoir remplir ce premier ordre d'indication. 2° Rendre possibles ou moins douloureux les mouvements forcés, et réduire à leur minimum l'irritation articulaire et les phénomènes de réaction générale qu'ils provoquent si souvent, en recourant à l'eau froide comme agent sédatif.

Quatre malades affectés d'ankylose plus ou moins ancienne, plus ou moins complète, ont été traités par les douches froides, seules ou associées aux mouvements forcés. Voici, d'après les résultats qu'il a obtenus, les préceptes que M. Fleury s'est cru fondé à formuler sur l'emploi de ce moyen et sa combinaison avec les mouvements forcés,

Dans certains cas d'ankylose incomplète, contre lesquels les mouvements forcés sont inutiles ou nuisibles, il conseille de préférer à tous les agents thérapeutiques connus, les douches froides excitantes, qui exercent une action très-favorable en activant la circulation capillaire et l'absorption organique, en modifiant la vitalité des tissus, et en ramenant ainsi les parties extra et intra-articulaires à leurs conditions physiologiques.

Dans les cas d'ankylose incomplète, qui réclament impérieusement l'application des mouvements forcés, mais dans lesquels ceux-ci sont impossibles en raison des douleurs, de l'irritation articulaire et des phénomènes de réaction générale qu'ils provoquent, les douches froides sédatives, mieux et plus rapidement que tout autre agent thérapeutique connu, font disparaître ces accidents, et permettent au chirurgien de recourir aux mouvements gradués.

Dans les cas d'ankylose incomplète, qui réclament l'application de mouvements forcés, et où ceux-ci sont possibles, on obtient une guérison toujours plus prompte et quelquefois plus complète, en associant l'action des douches froides excitantes à celle des mouvements gradués. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, juillet 1848.)

CARIE DES OS, *traitée avec succès par le baume Opodeldoch.* M. le docteur Van den Broeck assure avoir obtenu les effets les plus salutaires de l'emploi du baume Opodeldoch dans les cas de carie des os. Voici de quelle manière il procède.

Après avoir bien reconnu la si-

tuation, la profondeur et la direction des fistules, on doit, dit l'auteur, chercher à les dilater avec l'éponge préparée, ou à l'aide d'incisions. Cela fait, on frictionne matin et soir toute la partie et au delà avec du baume Opodeldoch. Puis, à l'aide d'une petite seringue, on injecte ce baume dans la solution de continuité autant de fois, et chaque fois à deux reprises différentes. Quand il y a deux fistules qui communiquent, il est bon de pratiquer l'injection alternativement par chaque ouverture. On peut aussi en boucher momentanément une avec le doigt pour forcer le liquide à remplir toutes les sinuosités du trajet. Enfin on introduit des cylindres d'éponge préparée; on recouvre toute la partie d'un gâteau de charpie ou d'étoupe imbibée de cette liqueur.

Afin de rendre l'action de l'opodeldoch supportable, il faut commencer à l'employer en proportions mitigées, c'est-à-dire en mêlant, au début, une partie d'opodeldoch avec plusieurs parties d'huile de lin de bonne qualité. Or, comme on ne connaît point d'avance au juste le degré de sensibilité de la partie malade, l'auteur a adopté, pour la majorité des cas, de commencer par adjoindre à l'opodeldoch neuf parties d'huile, et, selon l'irritabilité du sujet et de la plaie, il diminue progressivement celle-ci, de sorte que, sans transition douloureuse, il arrive au bout d'un certain temps à pouvoir employer le baume pur. De cette manière, il ne se manifeste jamais, dans le lieu malade, de symptômes inflammatoires qui obligent à abandonner le traitement. Tout au plus est-on, dans certains cas, forcé d'interrompre celui-ci pendant quelques jours pour y revenir après, mais à doses plus fractionnées.

Il doit être bien entendu que si la carie dépend d'une cause interne, on devra lui opposer, indépendamment du traitement local, les médications appropriées à chaque cas.

Dans la nécrose, ces applications hâtent l'élimination de la partie mortifiée, et concourent par conséquent à accélérer le moment de la guérison.

Enfin, l'auteur les a aussi employées, assure-t-il, avec succès dans les cas d'ulcères sordides et rebelles aux traitements ordinaires.

Le moyen préconisé par M. Van den Broeck est trop simple et les résultats qu'il affirme avoir obtenus trop remarquables, pour que les praticiens ne doivent s'empresser de s'assurer par leur propre expérience de la réalité de ces effets. Nous devons ajouter que depuis la publication du travail de M. Van den Broeck, un médecin du Hainaut, M. le docteur Firmin Flaschoen, a fait connaître un cas de guérison d'une carie de la deuxième côte droite et du cartilage correspondant par l'emploi local du baume Opodeldoch. Ce même moyen, au dire de ce médecin, aurait donné des résultats également satisfaisants entre les mains de l'un des rédacteurs de la Gazette médicale belge, M. le docteur Ch. van Swygenhoven. (*Journ. de méd., de chirurgie*, etc. *de Bruxelles*, et *Bulletin de la Société médic. de Gand*, juillet 1848.)

COQUELUCHE (*Formule d'une poudre calmante contre la*). De toutes les substances employées contre la toux convulsive des enfants affectés de coqueluche, la poudre de racine de belladone est la plus efficace. Voici la formule qui a le mieux réussi à M. Viricel, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

Poudre de racine de belladone	0,15 centig.
Cochenille en poudre	0,60 »
Bicarbonate de soude	0,60 »
Sucre pulvérisé	30 gram.

Mêlez et divisez en 15 doses.

On en donne un paquet chaque soir. Ce praticien expérimenté assure que sur plus de deux cents enfants qu'il a traités de cette manière, il a toujours vu les accès de toux convulsive cesser dès le troisième jour de l'administration de cette poudre. (*Journ. de médecine de Lyon.*)

HERNIES ÉTRANGLÉES, *réduites par le procédé de taxis prolongé*. On sait quelle divergence a existé longtemps entre les partisans de l'opération et ceux du taxis plus ou moins forcé et prolongé, dans les hernies étranglées. La doctrine qui fait prévaloir le taxis sur la kélotomie tend à s'accréditer de plus en plus; elle acquiert tous les jours de nouveaux adhérents. C'est surtout aux louables et persévérants efforts de M. Amussat qu'est due cette heureuse révolution qui réduit de jour en jour le nombre des opérations sanglantes.

D'ores et déjà l'on peut prévoir le moment où tous les chirurgiens admettront ce principe formulé par M. Amussat, à savoir, que le taxis sera la règle, l'opération l'exception. Mais, pour que le taxis ait toutes les chances favorables de succès, il importe de ne négliger aucun des détails de la manœuvre à laquelle on doit déjà de nombreux et remarquables résultats. Rappelons donc en quelques mots, d'après la description qu'en a donnée M. le docteur Vignolo, dans un Mémoire de la Revue médicale, en quoi consiste le *modus faciendi* du taxis forcé et prolongé, ou de la méthode Amussat.

Avant de tenter la réduction par son procédé, M. Amussat commence par élever légèrement le bassin du malade, avec une petite planche à laver ou une allonge de table, par exemple, sur laquelle on met une couverture pliée en plusieurs doubles, recouverte d'une serviette ou d'un drap, de manière, non-seulement à donner à la partie supérieure du corps une direction un peu déclive, mais, chose bien autrement importante, à former un plan *résistant* sous le bassin, qui empêche celui-ci d'éluder une partie des efforts tentés par l'opérateur et ses aides pour réduire la hernie. Cela fait, on donne au malade une position convenable, comme dans le taxis ordinaire, c'est-à-dire qu'on maintient fléchies la tête et les cuisses, pour mettre tous les muscles dans un état de demi-relâchement. Alors M. Amussat, pour effacer l'espèce de coude que forme la partie d'intestin herniée, soulève de bas en haut la paroi du ventre, au voisinage de l'anneau, en appliquant ses deux mains sur la tumeur, qu'il étudie en quelque sorte, et sur laquelle il exerce des pressions, modérées d'abord, propres à l'accoutumer, pour ainsi dire, à supporter les efforts qu'elle est destinée à subir si les premiers essais ne réussissent pas. Puis il augmente graduellement et méthodiquement ces pressions, en employant non-seulement toute la force dont il est capable, mais encore en faisant soutenir et augmenter cette force par celle d'un ou de plusieurs aides, qui, en appliquant simultanément leurs mains sur les siennes, suivent avec précision la direction des mouvements qu'il imprime à la tumeur, et qu'il dirige dans le sens le plus favorable à la rentrée des viscères, c'est-à-dire dans la direction des anneaux, de bas en haut et d'avant en arrière. Il faut, en outre, que pendant cette compression d'ensemble de la tumeur, un autre aide exerce, dans le même sens, à l'aide de ses deux pouces seulement, une pression circonscrite et bien dirigée sur le centre de la hernie, coiffée par les mains superposées de l'opérateur et de ses aides, dont les doigts sont réunis de manière à ce que des portions de la hernie ne s'engagent pas entre eux.

En résumé, deux points principaux forment l'ensemble du procédé de M. Amussat : 1° l'emploi d'un plan résistant destiné à neutraliser l'élasticité et l'affaissement des matelas sur lesquels repose le malade, et à s'opposer d'une manière efficace à ce que le bassin puisse éluder les efforts exercés sur lui; 2° la pression méthodique exercée par l'opérateur, secondé, suivant le degré de force nécessaire, par un ou plusieurs aides intelligents, qui agissent de concert avec lui, en sens inverse de la direction suivie par l'intestin hernié à travers les conduits et les anneaux qui lui ont livré passage.

Le taxis de M. Amussat ne diffère pas seulement du taxis ordinaire par l'ensemble des précautions prises pour en assurer le succès, il en diffère surtout par le degré de force intelligente qu'il emploie pour réduire la hernie, ajoutant à toute sa propre force la force combinée d'un et même de plusieurs aides qui se relèvent en soutenant leurs efforts pendant tout le temps nécessaire. Il a, suivant son auteur, l'avantage de pouvoir être exercé sans inconvénient beaucoup plus longtemps, au besoin, qu'on ne le pratique ordinairement, parce qu'il agit uniformément sur toute la masse de la tumeur qui, se trouvant ainsi soumise à une pression égale, constante, et dont la force peut être à volonté graduée, résiste sans dommage à ce genre de pression.

Des faits assez nombreux déjà parlent, du reste, en faveur de cette méthode. Nous rapporterons sommairement deux des plus remarquables qui viennent d'être publiés récemment, l'un par M. le docteur Vignolo, dans la Revue médicale, le second par M. le docteur Homolle, dans l'Union.

1re *Obs.* Une demoiselle, âgée de

quarante-sept ans, portait, depuis trois ans et demi environ, dans le pli de l'aine gauche, une petite hernie de la grosseur d'une noisette, dure, permanente et irréductible. Cette hernie étant venue à s'étrangler, M. Vignolo tenta, mais sans succès, la réduction par le taxis. Après avoir vainement employé des bains et quelques purgatifs, et renouvelé plusieurs fois le taxis sans plus de succès, l'étranglement durant depuis cinquante heures, et l'état de la malade s'aggravant sans cesse, M. Vignolo fit appeler M. Amussat. La malade était dans un état excessivement alarmant. Le pouls était petit, les traits allongés, la face profondément altérée, la peau livide et couverte de sueur froide ; la tumeur était dure, marronnée, et la peau qui la recouvrait était d'un rouge brun ; en un mot, le plus petit délai pouvait être funeste. Il ne restait que l'alternative de réduire ou d'opérer immédiatement. Sur l'avis de M. Amussat, un plan solide fut d'abord placé sous le bassin de la malade, à laquelle on donna la position convenable pour que tous les muscles fussent dans un demi-relâchement. Cela fait, M. Amussat exerça son taxis en appliquant ses deux mains sur la tumeur qu'il malaxait sans relâche, modérément d'abord, puis en employant graduellement toutes ses forces, soutenues en outre par l'application et la pression des mains de l'un de ses aides sur les siennes. Au bout de huit à dix minutes, cette manœuvre, convenablement soutenue, avait amené une diminution notable dans la tumeur ; M. Vignolo substitua alors, un instant, ses mains à celles de M. Amussat, pour ne pas désemparer. M. Amussat reprit ensuite le taxis, et, à l'aide de leurs deux forces combinées avec ensemble, la réduction fut complétement opérée dans l'espace de dix minutes. Il fut facile, après la réduction, de sentir à la place de la tumeur, à travers la peau, l'orifice inférieur ou externe du canal crural.

Pendant tout le temps que dura le taxis, les vomissements, qui n'avaient pas discontinué de se manifester, furent suspendus pour ne plus reparaître. Tous les symptômes de l'étranglement cessèrent, et il ne survint à la suite aucun accident inflammatoire.

2e *Obs.* — Le fait rapporté par M. Homolle offre la plus grande analogie avec celui qui précède. Il s'agit d'une femme atteinte, au mois d'avril dernier, d'une hernie crurale étranglée. Tous les moyens conseillés en pareille circonstance furent tour à tour mis en œuvre, toutes les tentatives ordinaires de taxis faites, sans aucun résultat ; il ne restait plus, aux yeux de M. Homolle, d'espérance que dans l'opération, lorsque M. Amussat fut appelé. Les premiers symptômes d'étranglement dataient alors de quatre jours. M. Amussat fit placer sur le lit une rallonge de table, de manière à ce que le siége reposât sur un plan solide et invariable. Alors la tête de la malade étant élevée, le tronc courbé en avant et les cuisses fléchies sur le bassin, de manière à mettre tous les muscles dans le relâchement, il saisit la tumeur herniaire qui était sensible et fuyait sous les doigts, en plaçant les deux pouces au-dessus d'elle et les autres doigts sous le ligament de Fallope, de manière à la faire basculer en quelque sorte en la détachant de l'arcade crurale et la ramener dans la direction de l'entrée du canal de ce nom. Ce premier point obtenu, M. Amussat commença à faire des efforts de réduction en exerçant sur la tumeur, maintenue entre les doigts des deux mains réunies, une pression méthodique, continue et lentement graduée, et en faisant soutenir ses mains par celles de plusieurs des assistants. Après une demi-heure de ce taxis, le volume de la tumeur avait diminué de près de moitié. Au bout d'une heure et demie, la sensation éprouvée simultanément par M. Amussat, l'un des aides et la malade elle-même, ne laissa aucun doute sur la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale.

ŒDÈME DE LA GLOTTE *occasionné par la déglutition d'eau bouillante (de l'), et de son traitement.* M. le docteur W. Jameson, chirurgien de l'hôpital Mercer, à Dublin, dans un article extrait du The Dublin quarterly Journal, a appelé l'attention des praticiens sur une question pratique, à l'égard de laquelle il a eu l'occasion, assez rare, de faire des observations multipliées, savoir : quels sont, dans les cas d'œdème de la glotte des jeunes enfants, ceux qui réclament l'opération de la trachéotomie et ceux qui en contre-indiquent l'emploi ? Quelles sont les

difficultés spéciales que peut offrir cette opération? Disons d'abord qu'il s'agit exclusivement, dans les observations publiées par M. Jameson, d'œdèmes de la glotte produits par l'inhalation accidentelle de vapeurs d'eau bouillante.

L'auteur rapporte treize observations de ce genre. Sur ces treize sujets, onze ont subi l'opération de la trachéotomie; l'un des deux autres a guéri sans opération, et sous l'influence d'un émétique et de quelques antiphlogistiques. Les opérations ont eu des résultats très-divers. Huit sont morts, et trois seulement ont guéri à la suite de l'opération. A quoi tient cette proportion considérable d'insuccès? Voici, d'après l'analyse des faits, à quelles circonstances principales doit être attribuée la mort dans les huit cas malheureux.

Dans un cas, l'opération a manifestement prolongé la vie, mais le petit malade a succombé à une bronchite étendue et à une pneumonie survenue après, sous l'influence du passage direct de l'air froid dans la trachée; circonstance que l'auteur signale avec raison comme l'une des causes les plus ordinaires des bronchites mortelles consécutives à l'opération, surtout pendant la saison froide; d'où l'indication d'entretenir constamment une atmosphère chaude dans la chambre de ces malades.

Deux de ces petits sujets ont succombé, suivant M. Jameson, au choc produit par l'opération sur le système nerveux.

Dans un cas, la trachéotomie fut pratiquée trop tard (quinze heures après l'accident).

La mort fut produite, dans un autre cas, par un spasme produit au moment où l'on saisit la trachée avec l'érigne, ce qui donna lieu à l'asphyxie.

Enfin, chez l'un des opérés, la mort fut occasionnée par une hémorrhagie résultant d'un débridement opéré après l'ouverture de la trachée.

Nous nous bornerons à rapporter le fait suivant, que nous choisissons entre tous les autres, comme montrant avec évidence que la vie peut être sauvée par l'opération, même dans les conditions les plus désespérées.

Obs. Une petite fille de deux ans fut apportée à l'hôpital pour avoir pris une gorgée d'eau bouillante par le goulot d'une théière. On lui avait donné tout d'abord un émétique; mais les symptômes s'étaient aggravés, et, lors de l'entrée, elle était dans une asphyxie presque complète. Malgré cet état désespéré, on décida de tenter l'opération. L'excision faite, l'air se précipita instantanément dans la trachée, l'enfant se mit sur son séant, toussa, regarda autour d'elle, et parut tout à fait rappelée à la vie. La trachée fut saisie sans difficulté; l'opération ne dura pas quatre minutes. L'enfant fut mise dans un lit bien chaud; la chambre tenue bien chauffée, et l'on prescrivit de petites doses de calomel et de poudre de James, de trois en trois heures. Le lendemain matin, elle respirait en partie par la plaie, et en partie par la bouche. La petite malade sortit entièrement guérie, et la plaie fut cicatrisée au bout d'une quinzaine de jours.

Dans tous les cas où de l'eau bouillante a failli être avalée, dit M. Jameson, le danger doit être considéré comme imminent; car, bien que les petits malades semblent souffrir comparativement fort peu durant les premières heures, toujours il survient, plus tôt ou plus tard, des symptômes d'une haute gravité, qui, si on ne les dissipe par un traitement approprié, amèneront une mort certaine ou réclameront la trachéotomie. L'opération est impérieusement exigée, suivant ce praticien, quand les moyens accoutumés, l'émétique, les sangsues, l'application de la chaleur par tout le corps, etc., n'ont pu apaiser les symptômes menaçants. Quand la respiration devient striduleuse ou croupale, ou se réduit à une simple palpitation, à raison du spasme de la glotte; quand le pouls est petit et rapide, la température du corps diminuée, la tête renversée en arrière, la face congestionnée, les yeux à demi ouverts, avec tendance au coma et difficulté de la déglutition, il faut opérer sans délai, pourvu que l'on arrive au début d'un pareil état. Si cet état dure depuis assez longtemps pour que le coma soit complet, ou bien encore s'il s'y joint de la bronchite ou de la laryngite, M. Jameson regarde l'opération comme inutile. En effet, quand l'opération, pratiquée à temps, ne tue pas les patients par le choc imprimé au système nerveux, c'est le développement consécutif d'une bronchite, d'une laryngite, d'une pneumonie

qui la rend fatale; et conséquemment, quand quelqu'une de ces complications préexiste à l'opération même, il ne reste que bien peu d'espoir de guérison.

Voici quel est le procédé opératoire que l'auteur trouve préférable, et le traitement ultérieur à appliquer.

Les instruments nécessaires sont un bistouri ordinaire, des ciseaux, des pinces, un rétracteur, une canule, une sonde de gomme élastique et une petite érigne.

Les précautions à prendre sont les suivantes :

1° L'opérateur doit s'attacher à faire exactement son incision cutanée sur la ligne médiane; autrement l'ouverture de la trachée ne répondrait pas à celle de la peau, et serait recouverte par une espèce de valvule double.

2° Il faut une grande attention pour éviter les veines thyroïdiennes, qui, ainsi que l'artère thyroïdienne médiane, empiètent constamment sur la ligne médiane.

3° L'incision ne doit pas être prolongée trop en bas du cou, pour ne pas ouvrir le fascia qui s'insère au sternum, et qui forme l'orifice supérieur du thorax comme un petit diaphragme; ceci n'exposerait pas seulement au danger de blesser la veine innominée, mais apporterait un grand embarras pour les autres temps de l'opération, à raison de l'élévation et de l'abaissement successifs du thymus.

4° Il ne faut jamais ouvrir la trachée qu'on ne soit bien sûr d'avoir divisé le fascia profond qui la recouvre; sans quoi l'on s'expose sûrement à une ouverture valvulaire.

5° L'opérateur doit se tenir prêt, en cas de spasme, au moment où la trachée est saisie par l'érigne, à exciser le lambeau de la trachée avec rapidité; et, si l'enfant ne respirait pas immédiatement après l'excision faite, il ne faudrait pas perdre de temps pour introduire une sonde de gomme élastique dans la trachée, et insuffler les poumons.

6° On ne doit jamais agrandir la plaie des parties molles après que la trachée a été ouverte, de peur qu'un flot de sang n'y pénètre et n'amène une mort instantanée.

Immédiatement après l'opération, comme l'enfant est généralement dans un état de collapsus plus ou moins prononcé, on lui donnera de petites doses de vin chaud coupé d'eau, ou une mixture camphrée; on le mettra dans un lit bien bassiné, avec des bouteilles chaudes autour de lui, et on tiendra la chambre bien chauffée.

La réaction déclarée, on administrera, à doses petites et répétées, le calomel combiné avec la poudre de James, l'ipéca ou le tartre émétique. En cas de diarrhée, l'*hydrargyrum cum cretâ* avec la poudre de Dower; et, si la diarrhée résiste, de petits lavements anodins. Mais le principal péril à redouter, celui contre lequel il faut surtout se mettre en garde, c'est la complication d'une bronchite, d'une laryngite ou d'une pneumonie. Le meilleur moyen, suivant M. Jameson, pour s'en préserver, est le maintien d'une atmosphère chaude et l'emploi du calomel. (*Dublin Journ.*, et *Union méd.*, juin 1848.)

PARAPLÉGIE *complète du mouvement et du sentiment, guérie par les bains froids suivis d'urtication.* On comprend assez, à ce titre seul, qu'il ne s'agit ici ni d'une paraplégie produite par compression, soit par une hémorrhagie de la moelle ou des méninges, soit par une altération des vertèbres, ni d'une paraplégie résultant d'une altération profonde et désorganisatrice de la substance médullaire; mais d'une de ces paralysies dites nerveuses, qui surviennent, dans de certaines conditions, sous l'influence d'un refroidissement ou de l'action prolongée du froid humide. Le sujet dont il s'agit était dans ce cas ; c'était un individu d'une constitution scrofuleuse, et qui, par les exigences de sa profession, se trouvait souvent dans la nécessité de se coucher sur l'herbe, de passer les nuits à la belle étoile, en un mot, de s'exposer à toutes les intempéries de l'atmosphère. Or, c'est dans de semblables circonstances, comme tous les praticiens le savent, qu'on obtient quelquefois de bons et heureux résultats des moyens propres à exciter la vitalité et à provoquer sur les parties frappées d'impuissance une réaction salutaire. Toutefois, le malade en question avait été traité, sans succès, pendant cinq semaines, par l'emploi des frictions d'eau-de-vie camphrée, des vésicatoires et des purgatifs. M. le docteur Van Bangevem, qui rapporte ce fait, eut recours alors au traitement

suivant. Le malade était plongé, tous les soirs, jusqu'au milieu du corps dans l'eau froide ; ensuite on frictionnait les parties paralysées avec de la flanelle pendant une demi-heure, puis on les flagellait avec l'*urtica urens*. Au bout de quinze jours de ce traitement, l'amélioration était considérable, on cessa l'urtication, en continuant seulement les bains froids et les frictions sèches. Au bout de trois mois, la guérison était parfaite.

Cette guérison, bien qu'elle n'ait été que le résultat d'une médication rationnelle, est d'autant plus remarquable que la paralysie avait été complète, portant à la fois sur le mouvement et sur le sentiment. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juin 1848.)

PATE DÉPILATOIRE (*Sulfhydrate de chaux*). Sous le nom de *Dépilatoire de Martins*, on trouve décrite, dans l'Officine de M. Dorvault, une préparation de *sulfure sulfuré de calcium*, ou *sulfhydrate calcique*, qui, d'après des expériences récentes auxquelles s'est livré M. Devergie, paraîtrait douée d'une efficacité réelle comme dépilatoire, et réunir des avantages qu'on trouve rarement réunis dans les agents de cette nature.

On prépare cette substance en mettant de la chaux en suspension dans de l'eau, et en faisant arriver dans l'eau 25 à 30 fois son volume d'acide sulfhydrique. On s'arrête au moment où le gaz introduit s'échappe de l'appareil, pur et sans absorption. C'est dans des flacons tubulés que l'on opère cette préparation. La chaux y prend une teinte d'un gris verdâtre, elle se dépose et se sépare du liquide.

Il suffit, pour obtenir cette pâte demi-liquide, de séparer par la filtration à travers un linge la matière calcaire tenue en suspension dans ce liquide.

Quant au mode d'emploi, il est fort simple : on étend sur la partie recouverte de cheveux ou de poils, et que l'on veut en dépouiller, cette pâte aqueuse en couche assez épaisse (de deux lignes au moins), et on fait en sorte que les productions pileuses soient bien enveloppées de pâte auprès de leurs racines. On laisse la pâte ainsi appliquée pendant douze minutes à un quart d'heure au plus, après quoi on lave et l'on enlève la pâte avec une éponge imbibée d'eau. Tous les poils détachés sont ainsi entraînés.

Cette application donne lieu à une sensation de légère chaleur seulement ; quelquefois même cette sensation est nulle. Après avoir enlevé la pâte, on voit une légère teinte rosée de la peau. Cette pâte exhale une forte odeur d'hydrogène sulfuré : l'acide sulfhydrique qui s'en dégage oblige à de certaines précautions lorsqu'il s'agit d'en faire l'application sur la figure, et notamment aux environs du nez et de la bouche. Pour obvier aux inconvénients que pourrait avoir la respiration de ce gaz, on propose de recouvrir la pommade d'un linge en double, et, au besoin, de faire respirer de temps en temps un peu d'eau chlorée. M. Devergie a recherché si l'on ne pourrait pas obtenir les mêmes résultats avec le sulfhydrate de chaux incorporé dans une proportion donnée avec l'axonge ; mais il n'a été possible d'allier à la graisse que le tiers environ de sulfhydrate de chaux. Cette pommade exhale encore une odeur forte d'hydrogène sulfuré. Appliquée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, elle n'épile que très-imparfaitement, et, dans quelques cas, elle n'épile pas du tout ; en sorte qu'il vaut beaucoup mieux avoir recours au sulfhydrate de chaux pur, qui donne, il est vrai, un peu plus d'odeur, mais qui réussit parfaitement. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, juin 1848.)

POLYPE *de la partie supérieure du pharynx, s'insérant à la base du crâne, aux premières vertèbres cervicales et à la voûte palatine, et s'engageant dans les sinus sphénoïdaux et la fosse nasale gauche, guéri par l'ablation de l'os maxillaire supérieur : destruction par arrachement, excision et cautérisation.* Cette observation communiquée à l'Académie de médecine de Belgique par M. le professeur Michaux, membre titulaire, a beaucoup d'importance pratique ; en voici l'analyse : le malade qui, après la guérison, a été soumis à l'examen du corps savant, portait un polype de l'arrière-bouche qui avait des adhérences nombreuses ; il s'insérait, 1° en haut, à l'apophyse basilaire, aux sinus sphénoïdaux, dans lesquels il s'engageait, et aux parties voisines de la base du crâne ; 2° en avant, à la partie postérieure de l'os palatin du côté gauche ; 3° en arrière, au corps des premiè-

res vertèbres cervicales ; enfin, en dehors et à gauche, aux deux tiers supérieurs de la face interne de l'apophyse ptérygoïde. La tumeur descendait dans le pharynx, à la profondeur d'un pouce et demi, et remplissait presque en entier la fosse nasale gauche. D'abord, le docteur Michaux pensa qu'à l'aide de la division verticale du voile du palais il pourrait parvenir à opérer la destruction de la maladie, en combinant les trois méthodes opératoires, l'arrachement, l'excision et la cautérisation. L'opération fut pratiquée, et le malade se retira dans sa famille; mais la tumeur n'ayant pas tardé à se reproduire et faisant des progrès rapides, il rentra à l'hôpital. Il n'y avait qu'un seul moyen de détruire ce mal jusque dans ses dernières racines : c'était de se frayer un chemin large et direct vers la base du crâne et la partie supérieure du pharynx, par l'extirpation de l'os maxillaire supérieur gauche. L'opération préalable était grave; mais fallait-il laisser périr le malade, soit par asphyxie, soit par inanition, soit par compression cérébrale? car le polype bouchait déjà en grande partie les voies aériennes et digestives, et il s'insérait sur une assez grande surface de la base du crâne. D'ailleurs, notre confrère avait déjà pratiqué sept fois l'extirpation de la mâchoire supérieure, sans avoir à regretter la perte d'aucun de ses opérés. Ce n'était pas la première fois qu'on enlevait l'os maxillaire supérieur pour détruire un polype situé hors de cet os. M. Flaubert fils a fait une semblable ablation en 1840, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; mais M. Michaux croit être le premier qui ait pratiqué l'extirpation de l'os maxillaire supérieur en entier en ne faisant qu'une seule incision sur la ligne médiane de la face, mode opératoire dont les avantages peuvent être suffisamment appréciés à la seule inspection de l'opéré après la guérison.

M. Michaux fit d'abord une incision verticale depuis la racine du nez jusqu'au milieu de la lèvre supérieure, divisée ainsi dans toute sa hauteur. Cette incision s'éloignait un peu de la ligne médiane du côté gauche, et ainsi la cloison du nez se trouva conservée du côté droit. Il disséqua ensuite le lambeau en le renversant du côté gauche, pour mettre tout l'os maxillaire supérieur à nu. Les diverses articulations de cet os étant à découvert, et la dent incisive moyenne et supérieure ayant été arrachée du côté gauche, il détruisit avec le ciseau et le maillet les différentes hynarthroses de la mâchoire supérieure. Ces instruments lui paraissent, dans ce cas, préférables à la scie à chaînette, dont le maniement est long et difficile. L'os fut ébranlé et emporté; il n'avait pas fallu cinq minutes pour terminer tout ce premier temps de l'opération.

On aperçut alors au fond de la fosse buccale la face antérieure du polype; il avait près d'un pouce et demi depuis son bord inférieur jusqu'à son insertion à la base du crâne, et il occupait transversalement plus de la moitié de la largeur du pharynx. Alors, le chirurgien saisit avec la main la partie libre de l'excroissance, et il tenta de l'enlever, en combinant les efforts d'arrachement avec un mouvement de torsion. Il ne parvint cependant à ramener que les lambeaux détachés de la masse principale. Des pinces de Museux, dont il se servit ensuite, n'arrachaient qu'en fragments peu volumineux, labourant, à chaque tentative d'extraction, la substance du polype. Plusieurs pinces employées à la fois, afin d'avoir plus de prise sur le tissu morbide ou le tordant, ne furent pas plus utiles; la plupart se faussèrent sous l'effort. Au moyen de ciseaux à branches allongées, plusieurs portions considérables furent ensuite excisées au fond de la gorge. Enfin, les érignes et les pinces à polype amenèrent peu à peu la plus grande partie du tissu dégénéré. Par suite de ces diverses opérations, l'artère maxillaire interne du côté gauche avait été ouverte; une ligature fut aussitôt portée sur le vaisseau lésé, pendant qu'un aide comprimait l'artère carotide, et l'écoulement du sang fut bientôt suspendu.

Notre confrère se plaint de l'insuffisance des instruments que nous avons à notre disposition pour un pareil cas. L'arrachement du polype, dit-il, a été fort pénible. Les pinces que nous possédons pour exécuter cette méthode opératoire sont très-défectueuses : trop faibles, elles se faussent à la moindre résistance, et leur forme ne permet pas de saisir les tumeurs pharyngiennes dans le sens transversal. L'excision au pou-

vait. dans cette circonstance, être employée qu'avec la plus grande prudence, à cause des rapports importants des racines du polype avec les vaisseaux et les nerfs situés à la base du crâne et sur le côté du pharynx.

Cependant, des espèces de racines restaient encore sous forme de fibrilles nacrées et flottantes, insérées sur la partie latérale interne de l'apophyse ptérygoïde et sur plusieurs endroits de la base du crâne. Ces racines se divisaient en petits fils, très-difficiles à saisir et extrêmement adhérents. Néanmoins, la plus grande partie du mal était détruite; on voyait la base du crâne dénudée dans une grande étendue; les deux sinus sphénoïdaux avaient été ouverts pour y détruire les insertions polypeuses qui s'étendaient jusque dans leur cavité. Ainsi, une mince lamelle osseuse séparait les instruments de la cavité crânienne. Enfin, après un travail pénible, toutes les parties visibles du mal furent enlevées. L'opération durait depuis près d'une heure; le malade étant très-fatigué et affaibli, on remit la cautérisation au lendemain. La plaie fut réunie provisoirement, et on plaça le malade au lit dans un état d'épuisement syncopal dont il fut assez difficile de le tirer; cependant une potion calmante ranima un peu ses forces. Il souffrait surtout de la tête, et des élancements douloureux se faisaient sentir dans l'œil gauche.

Le jour suivant, la plaie fut découverte, de nouveaux essais ayant été faits pour enlever les dernières parcelles du tissu morbide, la ligature placée la veille fut tiraillée et lâcha prise. Une assez grande quantité de sang jaillit dans le fond de la plaie, mais aussitôt le doigt d'un aide comprima l'ouverture du vaisseau que le cautère actuel oblitéra définitivement. Plusieurs autres cautères chauffés à blanc furent promenés dans la gorge et sur la voûte du pharynx avec assez de légèreté pour ne pas entamer les os qui formaient la cavité du crâne. Le tissu morbide fut ainsi détruit jusque dans ses dernières racines. La plaie extérieure fut un peu rafraîchie, et on la réunit au moyen de la suture entortillée.

En parcourant les annales de la chirurgie, dit M. Michaux, on rencontre plusieurs cas de mort par hémorrhagie consécutive à des résections des os de la face. Ses opérés, qui sont maintenant assez nombreux, n'ont jamais éprouvé cet accident. Il attribue ce résultat à ce que, après chaque résection des os de la face, il éteint plusieurs cautères sur toute la surface saignante. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine de Belgique* 1848.)

SANTONINE. *Un mot sur ses propriétés vermifuges et son mode de préparation.* La santonine est une substance cristalline que l'on prépare avec l'*artemisia santonica*, et qui jouit dans le Levant, sur les côtes nord de l'Afrique et dans plusieurs parties de l'Europe, d'une grande réputation comme vermifuge. L'*artemisia santonica* est, au surplus, une plante employée depuis longtemps au même titre, et qui, à dose de 50 centigram. à 1 gram. et demi, donnée dans du sucre ou dans du lait, a une action purgative assez énergique. La santonine, dont nous nous occupons ici, a d'abord été préparée par un pharmacien de Dusseldorf, nommé Kahler; bientôt après, Trommsdorff et Liebig ont publié une note sur sa composition chimique; enfin Merk (de Darmstadt) est le premier qui ait insisté sur ses propriétés médicales. Depuis cette époque, la santonine est devenue un médicament commun dans les officines de l'Allemagne, de l'Italie et des îles Ioniennes; elle figure même dans la Pharmacopée de la Bavière, qui donne la préparation suivante :

PR. Poudre de semences de l'*artemisia santonica*, 4 parties.

Mêlez avec :

Chaux hydratée en poudre, 1 1/2 partie.

Faites digérer à plusieurs reprises dans de l'alcool du poids spécifique de 0,93. Retirez, par la distillation, les trois quarts de l'alcool, et réduisez à moitié le résidu par l'évaporation. Ajoutez au liquide chaud de l'acide acétique jusqu'à excès, et séparez la santonine impure qui se dépose, et dont on facilite la déposition, en ajoutant de l'eau et en répétant l'évaporation. Le résidu est alors peu coloré. On le redissout dans dix parties d'alcool bouillant. Cette solution est elle-même traitée par le charbon animal, pour la décolorer. On la passe ensuite, pendant qu'elle est chaude, à l'étamine, et on la laisse

déposer. En se refroidissant, la santonine cristallise ; on la conserve à l'abri de l'humidité, dans des vases de verre qui empêchent l'action de la lumière.

La santonine, lorsqu'elle est pure, se présente sous la forme de cristaux brillants, blancs, aplatis, sexangulaires, insipides et inodores, solubles dans 4,000 parties d'eau froide et 250 parties d'eau bouillante, dans 40 parties d'alcool, ou dans 70 parties d'éther. La solution est un peu amère, et rougit légèrement le papier de tournesol. Cette substance est également soluble dans la térébenthine et dans l'huile d'olive ; elle peut se combiner avec des bases métalliques ou terreuses, et former des sels cristallisables. Sa composition est, suivant Liébig, de 79,51 carbone, 7,46 hydrogène, 22,03 oxygène ; et, suivant Trommsdorff, de 73,50 carbone, 7,46 hydrogène, 17,02 oxygène. La santonine, si elle est exposée aux rayons diffus de la lumière, s'altère et devient jaunâtre.

La santonine, ainsi que nous l'avons dit, jouit de propriétés anthelmintiques. Plusieurs médecins pensent que son efficacité est plus grande contre le lombric que contre le tænia. Mais l'auteur auquel nous empruntons cette note, le docteur Spencer Wells, dit avoir eu à s'en louer dans les deux circonstances. La dose, pour un adulte, est de 25 à 40 centigram. ; pour un enfant, de 10 à 20 centigrammes. On la donne en poudre mélangée à du sucre, le soir, en se couchant ; et on fait prendre au malade, par-dessus, un verre d'eau. Le plus souvent les vers sont rendus le lendemain matin ; d'autres fois, il est nécessaire de donner une seconde dose le lendemain au soir ; jamais il n'est necessaire de recourir à une troisième. Si la dose excède 25 centigrammes chez un adulte, on voit survenir, du côté de la rétine, des phénomènes assez curieux : les malades voient tous les objets autour d'eux colorés en vert ou en jaune, pendant plusieurs heures, comme s'ils avaient des lunettes colorées. Cependant, on ne découvre aucun changement appréciable dans les milieux de l'œil. Le docteur Wells rapporte que, chez deux personnes, il a vu les urines très-fortement colorées. Tous les individus auxquels l'auteur a administré la santonine, marins pour la plupart, avaient pris de la térébenthine, à diverses époques. Tous disaient que le nouveau médicament était au moins aussi efficace, d'un goût bien moins désagréable, et moins fatigant pour les fonctions digestives. Le fait est que la santonine, par son petit volume et par son manque presque complet de saveur, est particulièrement applicable chez les enfants.

La santonine est d'un prix élevé dans le Levant : elle ne vaut pas moins de 25 francs les 30 grammes ; mais la plante avec laquelle on la prépare est tellement commune, que le prix en deviendrait bientôt moins élevé, si l'usage en était plus répandu et la préparation moins compliquée. (*London med. Gaz.*, juin 1848.)

ULCÈRES SYPHILITIQUES *dont la nature fut longtemps méconnue. Guérison rapide.* De toutes les diathèses, celle dont il importe le plus de constater l'existence, c'est la syphilis ; malheureusement, les malades, les femmes surtout, nient presque toujours les antécédents qui pourraient éclairer le diagnostic ; c'est donc aux caractères anatomiques des lésions que le praticien peut avoir recours pour instituer le traitement. Le fait suivant, dont nous avons été témoin dans le service de M. Velpeau en est une preuve nouvelle.— Une jeune femme, venue de Troyes, entre à l'hôpital de la Charité, portant à la jambe cinq ou six ulcères qui avaient résisté à tous les traitements employés par les médecins de son pays, si bien qu'on les regardait comme incurables. Après un examen attentif, M. Velpeau jugea, aux bords saillants et au fond grisâtre que présentaient ces ulcérations, aux bosselures qui les avaient precédées, et à l'aspect général qu'elles présentaient, que ces plaies pouvaient reconnaître pour cause une ancienne infection vénérienne, et il prescrivit un traitement général ayant pour base le protoïodure de mercure. Quant aux ulcères, ils furent touchés avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure. Sous l'influence de ce traitement spécifique, les ulcérations se modifièrent rapidement, et, le dixième jour, la malade était renvoyée dans son pays, ne présentant plus qu'une des ulcérations que cette femme pansait elle-même, avec des bandelettes de diachylum faisant le tour de la jambe. Inutile d'ajouter qu'on lui a bien

recommandé de continuer pendant deux mois au moins l'emploi de ses pilules au protoïodure de mercure. (*Gaz. des Hôpitaux*, juillet 1848.)

VARIÉTÉS.

—

L'Académie des sciences morales et politiques vient de décider que M. Blanqui, l'un de ses membres, serait chargé de la mission de rechercher et d'exposer l'état moral et économique des populations ouvrières dans les villes de Lyon, de Marseille, de Rouen, de Lille, et dans les régions voisines dont ces villes peuvent être considérées comme le centre industriel. M. Blanqui examinera : 1° quelle est l'éducation physique et morale des enfants d'ouvriers; 2° quelle est, sur les mœurs et le bien-être des ouvriers, l'influence de la vie de famille, de l'esprit religieux et des lectures auxquelles ils se livrent habituellement; 3° quel est l'effet des diverses professions sur la santé et le caractère des populations ouvrières; 4° quelles sont les causes économiques auxquelles on doit attribuer le malaise de ces populations, et si ces causes sont différentes pour les populations manufacturières et pour les populations agricoles; 5° quelles sont les industries les plus exposées aux chômages, et les causes habituelles de ces chômages; 6° si l'association entre ouvriers est un moyen d'améliorer leur sort, et s'il en existe des exemples qu'on pourrait utilement imiter; 7° quels progrès sont survenus, depuis vingt-cinq ans, dans la condition des ouvriers, et quelles ont été les causes de ces progrès.

En vertu d'un arrêté du ministre de l'Instruction publique, un nouveau concours public sera ouvert le 8 novembre prochain à la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de clinique interne vacante dans cette Faculté. Les concurrents devront déposer, avant le 7 octobre, au secrétariat de la Faculté, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

La marche graduellement envahissante du choléra vers l'Occident fait un devoir aux médecins, et surtout à l'autorité chargée de veiller à la salubrité publique, de se préoccuper sérieusement des moyens prophylactiques capables, sinon d'en prévenir l'invasion, au moins d'en atténuer les funestes effets. La profonde ignorance où nous sommes sur la cause véritable de cette épidémie et sur les conditions principales de son développement, rend sans doute fort difficile la tâche des Conseils de salubrité à cet égard. Mais loin que ce soit une raison de rester inactifs et de s'abandonner à une trompeuse sécurité ou aux chances de la fatalité, nous ne verrions au contraire dans cette difficulté même qu'un plus puissant stimulant. L'expérience du passé ne doit pas d'ailleurs rester entièrement stérile. Si la grande et cruelle épreuve de 1831 ne nous a que médiocrement éclairés sur l'étiologie et sur la prophylaxie du choléra, elle nous a du moins valu un résultat, c'est l'assainissement partiel de Paris et de la plupart des grandes villes de France. Eh bien! c'est cette œuvre d'assainissement qu'il s'agit de compléter, sans attendre, pour cela, qu'une nouvelle épreuve vienne, à nos dépens, nous en démontrer de nouveau l'utilité. Nous avons regret de le

dire, mais tandis que dans des pays voisins, en Angleterre, en Belgique, l'autorité se préoccupe activement de rassurer les populations en provoquant de la part des corps savants une étude sérieuse du sujet et la rédaction de projets de règlements sanitaires préventifs, l'autorité française semble méconnaître le danger qui nous menace, et nos Académies gardent lesilenc e.

Un concours pour deux places de médecin du bureau central des hôpitaux a été ouvert ce matin 14 août. Les concurrents, au nombre de 32, sont : MM. Aran, Becquerel, Beln, Bergeron, Bernutz, Boucher, Bouchut, Bourdon, Champmartin, Champeaux, Chayet, Davasse, Delpech, Dumas, Fleury, Fournet, Fremy, Gabalda, Hérard, Hillairet, Jousset, Lassègue, Léger, Martin-Lauzer, Malice, Milcent, Oulmont, Racle, Samson (Alph.), Sée, Tanquerel des Planches, Terrier.

Voici les noms des juges du concours : titulaires, MM. Puche, Emery, Tessier, Valleix, Gérardin, Lugol, médecins ; MM. Desprez, Roux, Robert, chirurgiens ; juges suppléants, MM. Duméril et Manec.

Le corps médical continue à tenir la large place que lui ont faite tout d'abord les institutions républicaines. M. Ducoux, médecin distingué de la ville de Blois, représentant du peuple, vient d'être nommé préfet de police du département de la Seine. Un de ses premiers actes a été de visiter les lieux de détention où sont renfermés les insurgés de juin, et de s'assurer que les exigences de l'hygiène s'alliaient partout à celles de la sécurité publique.

M. le docteur Buchez, représentant du peuple, a été nommé, par un arrêté du ministre de l'Instruction publique, membre de la Commission instituée à l'effet de reviser le programme de l'enseignement historique, en remplacement de M. Michelet qui n'a pas accepté.

Les commotions qui ont agité et agitent encore l'Italie ont fait reculer d'une année les dixième et onzième Congrès. Ainsi le Congrès de Sienne aura lieu seulement en 1849, et le Congrès de Bologne l'année suivante.

Les Flandres se trouvent aux prises avec une situation qui menace de devenir intolérable. On peut en juger par la statistique suivante : pendant les premiers mois de 1848, il y a eu dans le district de Roulers, 500 naissances et 1,504 décès, et pendant le même laps de temps, dans celui de Thielt, 414 naissances et 1,712 décès. Ces chiffres n'ont besoin d'aucun commentaire ; ils démontrent à eux seuls, assez clairement, vers quel effrayant avenir marchent ces populations ; et cependant aucun remède essentiel n'a été tenté jusqu'à présent en leur faveur.

Parmi les institutions charitables, dont le nombre est pour ainsi dire incalculable en Angleterre, l'asile ouvert pour les idiots depuis un an environ est de ceux qui se recommandent le plus à l'attention ; car il est destiné à une portion de la population de Londres que jusqu'ici on a laissée sans soins et sans asile. Le nouvel établissement comprend déjà 70 idiots qui recevront là une éducation en rapport avec la faiblesse de leur intelligence ; aussi

a-t-on choisi, pour ceux de ces malheureux enfants dont on pouvait espérer quelque chose, une éducation appropriée. Un médecin, le docteur Conolly, est à la tête de cet établissement, dont l'avenir paraît assuré pour le moment par les souscriptions d'un grand nombre de personnes charitables.

Voici le nom des sages-femmes qui ont obtenu des prix. *Théorie et pratique des accouchements* : 1er prix, Mlle Popo Marie (Lot-et-Garonne) ; 2e prix, Mlle Thillet Alphonsine (Seine) ; 3e prix, Mlle Mallet Clarisse (Seine-Inférieure); 4e prix, Mlle Marcillat Joséphine (Orne). — *Clinique* : 1er prix, Mlle Laura ; 2e prix, Mlle Rossy; 3e prix, Mlle Guiroy ; 4e prix, Mlle Fauny; 5e prix, Mlle Pradel. — *Observations cliniques* : 1er prix, Mlle Villet; 2e prix, Mlle Mallet ; 3e prix, Mlle Marcillac. Mlle Mallet a remporté en outre les prix de saignée, de vaccine et de bonne conduite. Nous regrettons de ne pouvoir mentionner les accessit et les nombreuses mentions honorables qui ont été accordés.

Les Anglais sont bien plus avancés que nous sous le rapport de la fourniture des eaux. Les fontaines sont presque du luxe en France, et à Paris en particulier, trente mille porteurs d'eau fournissent à chaque ménage une quantité d'eau que l'on trouverait certainement insuffisante en Angleterre. Pour donner une idée du développement que présente la fourniture des eaux en Angleterre, nous dirons qu'à Londres seulement il existe neuf Compagnies pour cette fourniture, et qu'on n'évalue pas à moins de mille lieues l'espace parcouru par les tuyaux qui appartiennent à ces Compagnies. Sur ces neuf Compagnies, il en est sept dont les opérations sont parfaitement connues; elles fournissent, en moyenne, 36.000 maisons, et 267,000 à elles toutes. Chacune d'elles donne 150 à 350 gallons d'eau à chaque maison. Malgré l'immense quantité d'eau fournie par ces Compagnies, tout le monde reconnaît, en Angleterre, qu'elle est encore insuffisante. Avant peu la maison du pauvre, comme celle du riche, aura à sa disposition une quantité d'eau suffisante pour les besoins du ménage et de la propreté. Hélas! Combien Paris, le centre de la civilisation, est encore loin d'un pareil état de choses!...

Si la découverte des agents anesthésiques appartient aux médecins de l'Amérique, il n'est pas douteux que les médecins de l'Europe ont contribué davantage à en répandre l'emploi et à en généraliser l'usage que les inventeurs eux-mêmes. En effet, il résulte d'une note publiée par le professeur Meigs, dans le Philadelphia medical Examiner, que, dans certains hôpitaux de la Pensylvanie, on n'a pas encore employé une seule fois l'éther ou le chloroforme dans les opérations chirurgicales; et si on l'a fait à New-York et dans quelques autres grandes villes, on n'y a eu recours nulle part dans la pratique des accouchements. C'est bien le cas de dire : *Nul n'est prophète en son pays.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE DE LA CONSTIPATION SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PÉRITONITE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Rien de plus important que l'étude des causes dans les maladies. Dans tous les temps, les médecins l'ont compris, et se sont livrés à cette étude avec un zèle que n'a point lassé l'inutilité de leurs efforts dans un grand nombre de cas. Cependant, quand on étudie avec attention l'histoire de la science, on remarque que cette étude, sans être jamais complétement abandonnée, fixe à certaines époques beaucoup moins vivement l'attention des observateurs; cela tient, ou à ce que les médecins se laissent trop entraîner aux préoccupations purement théoriques, ou bien à ce qu'un nouveau point de vue de l'histoire de la maladie devient le centre vers lequel convergent toutes les observations. N'en a-t-il pas été ainsi, par exemple, de la fièvre puerpérale, comme de la péritonite proprement dite qui se développe chez les femmes nouvellement accouchées? Pour ce qui est de la première affection, affection si grave, surtout quand elle règne d'une manière épidémique, tant que par le fait d'une grossière illusion on a attribué le mal à un transport du lait sur divers appareils, toute la sagacité, ou plutôt toute l'imagination des observateurs s'est épuisée à théoriser la métastase laiteuse, et l'on a négligé l'étude des influences hygiéniques ou épidémiques sous l'empire desquelles éclate la maladie. De même pour la péritonite simple survenant dans les mêmes conditions, dès que les lumières de l'anatomie pathologique eurent permis de toucher en quelque sorte les lésions matérielles qui constituent cette maladie, toute l'attention des observateurs se porta sur ce point, et l'étude étiologique proprement dite fut reléguée sur le second plan. Quelque intéressant que soit ce dernier point de vue, et quelque lumière qu'il projette sur la thérapeutique, il est incontestable cependant que tout n'est point là, et que si la cause de l'affection était connue, ou qu'elle fût amovible, la notion de cette cause serait bien plus importante encore que la lésion matérielle qui accompagne ou constitue cette affection. Telle est même l'importance de cette action dans la fièvre puerpérale épidémique, qu'elle seule commande presque le traitement; c'est ainsi, dans l'opinion de M. le professeur Paul Dubois, que doit s'expliquer l'efficacité des méthodes thérapeutiques les plus diverses, dans les graves épidémies dont l'histoire est consignée dans les annales de la science.

Quand, en ce qui touche la fièvre puerpérale, nous parlons de la notion de la cause qui développe cette affection redoutable, nous n'entendons pas dire que cette cause est connue chimiquement. Pendant des siècles encore, peut-être, cette notion complète nous échappera ; mais si cette cause reste inconnue dans son essence, elle ne nous échappe point complétement, au moins ; car nous savons que, dans quelques épidémies, l'affection qu'elle réalise obéit aux antiphlogistiques, tandis que dans d'autres épidémies, malgré l'identité des apparences extérieures, cette médication aggrave évidemment la maladie, qui cède, au contraire, avec plus ou moins de facilité à l'ipécacuanha suivi ou non de purgatifs, aux mercuriaux, ou à l'opium à haute dose. C'est là un résultat purement empirique, qui ne peut être prévu à l'avance, et qui n'est bien souvent acquis qu'au prix d'expérimentations douloureuses ; mais il n'en est pas moins un résultat précieux, puisqu'il devient le guide le plus sûr de la thérapeutique dans une des maladies les plus graves qui affligent l'espèce humaine.

Les courtes réflexions, que nous venons de présenter sur la fièvre puerpérale, considérée au point de vue de l'étiologie, sont en partie applicables à la péritonite, soit générale, soit partielle, qui survient chez les femmes nouvellement accouchées. Ici encore, il est très-important de remonter aux causes sous l'influence desquelles la maladie se développe. Ces causes sont fort diverses, sans doute, et notre intention n'est point de les passer toutes en revue dans cette notice. Il en est une, surtout, dont l'importance ne nous paraît pas avoir été suffisamment appréciée ; c'est de cette cause qu'il s'agit en ce moment.

On en a fait depuis longtemps la remarque : la grossesse amène souvent à sa suite la constipation. Mais cet état anormal, qui du reste s'explique facilement, survit souvent à la grossesse, et persiste assez souvent opiniâtrément pendant les premiers jours qui suivent la délivrance ; cela s'explique encore parfaitement par les conditions dans lesquelles la constipation antérieure a placé l'intestin, et aussi par la perte momentanée de l'élasticité des parois abdominales. Or, nous disons que c'est là une des causes fréquentes du développement de la péritonite. White, Denman, avaient déjà énergiquement signalé cette influence, bien qu'ils ne fussent point d'accord sur son mode d'action ; Baudelocque avait également placé la constipation parmi les causes possibles de la péritonite ; mais nul n'a fait sur ce point des observations plus nettes ni plus complètes que M. Trousseau. Qu'on nous permette de citer ici un court passage du Traité de thérapeutique de cet auteur. « C'est surtout chez les femmes en couches, dit-il, que les tumeurs stercorales jouent le rôle le plus important. Chez elles la consti-

*

pation est fort ordinaire; chez elles aussi la moindre cause irritative devient la cause d'accidents inflammatoires très-véhéments. Comme les matières fécales ne s'accumulent ordinairement que dans le cæcum, et dans l'S du côlon, on comprend comment, dans des organes si voisins de l'utérus et de ses annexes, l'inflammation acquiert une gravité relativement plus grande, puisqu'elle peut s'étendre rapidement à la matrice, aux ovaires, au péritoine, au tissu cellulaire pelvien. De là, le précepte si universellement adopté de tenir chez les femmes en couches le ventre libre, soit à l'aide de laxatifs, soit à l'aide de clystères (1). C'est là un précepte d'hygiène de la plus haute importance, et que les médecins devraient toujours rappeler aux femmes nouvellement accouchées, dont l'incurie sur ce point comme sur beaucoup d'autres devient si souvent la cause d'accidents plus ou moins graves. »

Voici un exemple qui montrera jusqu'à quel point peut aller cette incurie, et en même temps, à quels accidents, en apparence fort graves, elle peut conduire. Mme Bell..., âgée de trente et un ans, mère déjà de deux enfants, qui sont venus au monde sans accident, accouche à terme et d'une manière naturelle d'un troisième enfant. Gastralgique depuis longtemps, elle est sujette à la constipation; elle essaye, mais vainement, au moyen de clystères, de déterminer des garderobes régulières pendant les huit jours qui précèdent les couches. Cependant celles-ci ont lieu, et, comme je l'ai dit, sans accident aucun. Mais la constipation persiste et s'accompagne bientôt de douleurs abdominales extrêmement vives, de vomissements fréquents, d'une céphalalgie extrêmement intense. La sage-femme qui donne des soins à la malade, ne voyant en tout ceci que des tranchées utérines (ainsi qu'on me le dit au moins), se borne à conseiller quelques bains de siége, des demi-lavements laudanisés. Comme cela devait être, les bains de siége n'exercent aucune action, l'opium augmente plutôt qu'il ne diminue les symptômes alarmants pressentis par la malade. C'est alors que je vis cette malheureuse femme; le pouls ne présentant nulle accélération, je m'informe immédiatement de l'état des selles, et m'assure, et par la réponse qui m'est faite, et par la palpation du ventre, que tous accidents sont déterminés par la rétention des matières fécales dans l'intestin. Je fais prendre immédiatement à la malade 60 grammes d'huile de ricin, par cuillerées à café; dans l'intervalle de chaque cuillerée je place quelques tranches d'orange pour éviter le vomissement.

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, par Trousseau et Pidoux.

L'huile est gardée et ne tarde point à produire son effet ordinaire. Des garderobes nombreuses, abondantes, ont lieu, et en peu de temps les symptômes alarmants que la malade présentait disparaissent.

Quand on a été témoin de cas semblables à celui que nous venons de rapporter, il est impossible de méconnaître l'influence que la rétention des matières fécales peut exercer sur le développement d'une péritonite, d'une métrite ou d'un phlegmon extra-péritonéal chez une femme nouvellement accouchée. Pour nous, cette cause, quand elle agit d'une manière aussi intense que nous venons de le voir, peut amener une péritonite ou une métrite traumatique, tout aussi bien que les manœuvres les plus douloureuses, auxquelles l'accoucheur est parfois obligé de recourir dans certains cas de dystocie. Du reste, si les faits directs manquent pour prouver l'action de cette cause, parce que, quand la mort a suivi, il est toujours permis de se demander si la constipation a précédé le développement du mal ou si elle n'a été qu'un épiphénomène, un phénomène consécutif; si, disons-nous, les faits directs manquent, les auteurs ont rapporté quelques cas de ce genre, observés dans d'autres conditions, et dans lesquels la marche des accidents, la filiation des phénomènes observés, ne permettent pas de douter que la constipation n'ait été la cause de la péritonite. C'est ainsi que le docteur Lemazurier a rapporté, dans les Archives générales de médecine, t. XXVII, p. 408, l'histoire d'un individu, chez lequel divers moyens employés ne purent vaincre une constipation opiniâtre. Or, à l'autopsie, on ne trouva rien de plus pour rendre compte de la mort, qu'une phlegmasie péritonéale, qui, elle-même, s'expliquait par la présence dans l'intestin d'une masse de matières fécales, dont le poids s'élevait à treize livres et demie.

M. Chomel, en citant ce même fait, ne balance pas à attribuer à la présence des matières fécales accumulées dans l'intestin le développement de la phlegmasie, à laquelle le malade succombe : mais si, dans de semblables conditions, cet accident peut résulter de l'action d'une semblable cause, combien cette cause ne doit-elle pas agir d'une manière plus énergique chez les femmes nouvellement accouchées, dont l'utérus et ses annexes sont placés dans des conditions qui rendent si facile le développement d'une phlegmasie?

Nous avons dit précédemment que Baudelocque lui-même signale, parmi les causes possibles de la péritonite chez la femme en couches, la rétention des matières fécales. Il était difficile, en effet, que l'appréciation de cette cause échappât à un observateur aussi attentif. Cet auteur distingué, auquel nous devons un bon travail sur la péritonite puerpérale, étudiant, dans cet ouvrage, le diagnostic différen-

tiel de cette maladie, fait sur ce point les remarques suivantes : « Un amas considérable dans les intestins de matières fécales endurcies, en a imposé plusieurs fois pour une péritonite, lorsque cet amas s'est rencontré avec des douleurs utérines. Presque toujours alors, en examinant avec attention, on parvient à découvrir une tumeur de forme et de volume plus ou moins irréguliers, ordinairement très-dure, légèrement sensible à la pression, et se trouvant le point de départ des douleurs qui se propagent par intervalle dans l'abdomen. L'existence d'une constipation ancienne, opiniâtre, habituelle, l'absence de la fièvre, concourront beaucoup à éclairer le diagnostic (1).

Ces observations sont fort justes, mais elles sont incomplètes. Il fallait ajouter, d'une part, que la péritonite est presque constamment précédée d'un frisson plus ou moins intense, qui ouvre la scène des accidents, que l'on voit ensuite grandir progressivement; et, de l'autre, que la fièvre, dans certaines limites, peut coexister avec un simple arrêt des matières fécales, qui n'a point encore réalisé la phlegmasie, qu'il pourra déterminer plus tard, si une médication appropriée ne le fait point rapidement disparaître. Voici un fait dont nous venons d'être témoin, et que nous croyons utile de rapporter ici ; son souvenir pourra mettre le praticien à l'abri d'une erreur grave. Mme Legr., âgée de trente-deux ans, d'une bonne constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé, accouche pour la seconde fois d'une petite fille : l'accouchement a lieu sans accidents. Les suites de couches allaient naturellement, bien que Mme L... fût depuis son accouchement, c'est-à-dire depuis huit ou neuf jours, constipée. Quelques lavements pris n'avaient produit aucun effet. Sous l'influence de cette constipation, Mme L... perd le sommeil, la tête est lourde et douloureuse, le ventre est tendu, ballonné, de vives douleurs s'y font sentir d'une manière presque continue, mais se concentrant surtout dans la fosse iliaque gauche. Interrogée par nous sur le caractère de ces douleurs, la malade nous répond qu'elles rappellent celles qui précèdent l'accouchement. Les lochies continuent de couler par intervalle, mais en très-petite quantité. Le pouls est plein, fréquent, à 90 et 100. Le ventre est si douloureux que la malade nous permet à peine de l'explorer. Bien que Mme L... ait perdu complétement l'appétit, elle a pris, il y a deux heures, un bouillon ; depuis ce temps, elle a quelques nausées. Redoutant d'avoir affaire à une affection grave, à son début, mais ne doutant nullement que la première indication à remplir ici ne fût de faire cesser la cause probable de ces accidents, nous conseillons à la

(1) *Traité de la péritonite puerpérale*, 215.

malade de prendre, en trois doses, 64 grammes d'huile de ricin, et de favoriser l'action de ce purgatif en prenant un lavement laxatif composé d'eau de son et de quelques cuillerées de mélasse et de lait froid. Ces divers moyens sont successivement employés, ils produisent une décharge rapide de l'intestin. Le lendemain, nous revoyons la malade, elle a dormi; le ventre a recouvré sa souplesse, la tête est débarrassée, toute fièvre a disparu. Cependant, comme les lochies sont peu abondantes et que la malade éprouve encore, de loin en loin, quelques douleurs dans le bas-ventre, nous lui conseillons un bain de siége, et des cataplasmes sur l'hypogastre. Ces derniers accidents disparaissent bientôt eux-mêmes, et Mme L... revient rapidement à la santé.

Il n'y avait certes là nul organe enflammé, et nous ne prétendons point par la médication employée avoir mis fin à une métrite ou à une péritonite commençante; mais nous ne doutons pas que, si nous eussions commis une erreur de diagnostic, et n'eussions obéi à l'indication fondamentale dans cette circonstance, une péritonite ou une métrite n'eussent pu se développer. La presque complète cessation des lochies, le mouvement fébrile intense constaté, n'étaient-ils pas comme le prélude d'une congestion vers les organes abdominaux?

Nous disons que dans les cas que nous venons de citer, l'indication fondamentale était d'évacuer l'intestin; mais nous ajoutons, qu'à supposer que des phénomènes plus graves encore eussent révélé la réalisation de la maladie que nous n'avons fait que redouter, il eût fallu encore tenir compte de cette rétention de matières fécales existant depuis huit jours avant l'explosion du mal. Si une masse stercorale, appuyant sur un utérus récemment débarrassé des produits de la conception, peut enflammer cet organe, comment cette même cause, agissant sur ce même organe enflammé, n'aggraverait-elle pas cet état phlegmasique? Il nous semble que le plus léger doute n'est point permis à cet égard. Malheureusement, dans ce cas, les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, les purgatifs sont beaucoup moins bien supportés, et d'ailleurs ils agissent beaucoup moins sûrement. Il y a peu de temps encore nous avons eu l'occasion de l'observer. Une pauvre femme, à la suite d'un accouchement laborieux, fut prise de tous les symptômes d'une métro-péritonite: lorsque nous la vîmes pour la première fois, la malade était déjà si faible que nous n'osâmes point recourir à une médication énergique. Comme la malade n'avait pas eu de garderobes depuis plusieurs jours, nous prescrivîmes le calomel à l'intérieur, nous prescrivîmes des frictions mercurielles à hautes doses sur l'abdomen, la glace pour mettre fin à des vomissements incoercibles, et qui se composaient de matières brunâtres. Nous pratiquâmes le cathétérisme pour vider la

vessie qui ne se vidait pas spontanément. Malgré les doses assez considérables de calomel, aucune évacuation n'eut lieu. En présence de ces accidents, qui grandissaient à vue d'œil, nous eûmes un scrupule, celui de n'avoir pas osé ouvrir la veine chez une femme jeune et pleine de sang : le pouls offrant encore de la résistance, nous nous décidâmes à le faire. Le seul bénéfice que nous obtînmes de ce moyen fut la cessation du vomissement pendant deux heures environ ; le pouls ne fléchit pas immédiatement, mais au bout de quelques heures cet effet eut lieu, et la malade ne tarda point à succomber.

Qu'eût produit la méthode évacuante appliquée plus tôt dans ce cas que nous venons d'esquisser rapidement ? Nous ne saurions le dire ; mais s'il nous eût été donné de voir la malade à une période moins avancée de son affection, nous n'eussions pas hésité à combiner les méthodes antiphlogistique et évacuante, suivant la mesure des accidents observés.

En résumé, les purgatifs sont extrêmement utiles chez les femmes nouvellement accouchées, que l'arrêt des matières fécales dans l'intestin place sous l'imminence d'accidents graves, et ils sont encore utiles chez elles, quand ces accidents se sont réalisés, parce que cette circonstance anormale ne peut que les aggraver. C'est dans cette mesure que nous acceptons la doctrine de M. le professeur Trousseau, sur ce point, et qu'il a formulée dans ces termes un peu trop exclusifs : « Les purgatifs sont spécialement utiles aux femmes en couches, quels que soient les accidents qu'elles éprouvent (1). »

DE L'EFFICACITÉ DE L'EXTRAIT DE QUINQUINA COMPARÉ AU SULFATE DE QUININE, DANS LE TRAITEMENT DE L'ANASARQUE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de l'étiologie et de la thérapeutique des divers genres d'hydropisies. Les travaux des anatomo-pathologistes ont considérablement restreint la classe des hydropisies cachectiques, ou par cause humorale, qui occupaient une si grande place dans la pathologie des anciens. Beaucoup de ces hydropisies sont entrées dans le domaine des lésions de cause mécanique, par obstacle physique au cours du sang ; telles sont celles dérivant des altérations organiques du cœur, de l'obstruction des viscères abdominaux (foie, rate), des oblitérations vasculaires par compression, inflammation, coagulation du sang, etc. D'autres hydropisies ont été rattachées à

(1) *Oper. cit.*, t. II, p. 116.

certaines lésions d'organes, telles que celles résultant des phlegmasies séreuses, de la néphrite albumineuse, de la tuberculisation pulmonaire, du cancer de l'utérus; et, néanmoins, quant à ces dernières, on incline à penser que la dyscrasie humorale qu'impliquent l'albuminurie, le tubercule, le cancer, pourrait bien être la cause formelle des hydropisies concomitantes plutôt que la lésion organique des reins, des poumons ou de l'utérus. Quant aux hydropisies rapportées directement aux altérations du sang, elles se trouvent à peu près réduites à celles résultant de la pléthore, de l'anémie, de la chlorose, du scorbut, etc.

A laquelle de ces catégories appartient l'hydropisie qui, si fréquemment, accompagne ou suit les fièvres intermittentes? Il est essentiel ici de distinguer, car il ne nous paraît pas que la nature et le mécanisme de ces épanchements séreux soient toujours les mêmes. En effet, d'une part, l'anasarque plus ou moins prononcée se produit fréquemment dans les fièvres intermittentes récentes, d'un à deux septénaires de date, dans des cas où l'investigation la plus exacte ne peut faire constater d'augmentation notable dans le volume de la rate ou du foie; il est évident que, dans ces cas, on ne peut attribuer l'hydropisie à l'obstacle circulatoire résultant d'une obstruction des viscères. D'autre part, lorsque l'anasarque et surtout l'ascite se produisent à la suite de fièvres prolongées, alors que les obstructions viscérales sont patentes, il est probable que ces obstructions sont la cause formelle des épanchements séreux. Et pourtant, même dans ces cas, si l'on se rappelle que l'obstruction n'est pas nécessaire pour produire l'infiltration, il pourra rester quelques doutes sur l'étiologie; et si l'infiltration est généralisée, si elle occupe simultanément les régions supérieures et inférieures du corps, les engorgements abdominaux ne pourront plus être invoqués, vu qu'ils n'engendrent guère que l'ascite et l'infiltration bornée aux extrémités inférieures.

Il nous paraît donc démontré que, dans la plupart des cas, l'infiltration consécutive aux fièvres intermittentes appartient à la classe des hydropisies par cause humorale, aux cachexies. Cette cachexie des fébricitants est-elle semblable à celle de l'anémie, de la chlorose, du scorbut? Non, pas complétement du moins; car : 1° elle se montre chez des individus vigoureux, dans des cas de fièvre récente, alors qu'il n'existe aucun signe d'anémie, avant que l'anémie ou la cachexie scorbutique aient eu le temps de se produire; 2° elle manque souvent chez les sujets anémiques, chlorotiques, scorbutiques, et dans des cas de fièvres intermittentes anciennes, avec ou sans obstruction viscérale.

Il y a quelque temps que le professeur Néret, de Nancy, a publié dans les Archives générales de médecine (décembre 1847), une inté-

ressante note sur des *cas de fièvre intermittente avec albuminurie.* Il s'est acquis ainsi la priorité de publication d'un fait curieux qui, pourtant, n'était pas nouveau pour nous, car nous l'avions publiquement constaté à la clinique de la Faculté de Strasbourg en 1838, comme pourraient l'attester nos élèves. Mais, au lieu de rattacher ce phénomène à la néphrite albumineuse, comme l'a fait M. Néret, nous ne pouvons y voir qu'un accident passager et peu grave en lui-même, ce qui le différencie de la maladie de Bright, dont on connaît la persistance et la léthalité. Toujours est-il que les quatre faits par nous recueillis d'albuminurie, suite de fièvre intermittente, se sont tous terminés par la guérison; de sorte que, jusqu'à plus ample informé, nous croyons pouvoir séparer ces faits de ceux qui appartiennent à la néphrite albumineuse proprement dite.

La cachexie, d'où résulte l'œdème des fièvres intermittentes, serait donc d'une nature particulière, propre à la cause qui produit la fièvre elle-même ; ce serait une cachexie *paludéenne*, lorsque, toutefois, la fièvre est le produit de l'effluve marécageux ; et cependant cette anasarque et cette fièvre ne sont pas elles-mêmes de nature identique, car l'anasarque survit à la fièvre, lui succède quelquefois, se produit pendant l'administration du fébrifuge par excellence, résiste fréquemment au sulfate de quinine et cède à d'autres moyens impuissants contre la fièvre elle-même. D'un autre côté, cette anasarque diffère des autres hydropisies en ce que, dans les cas extrêmes, elle est avantageusement combattue par des moyens généralement impuissants contre les autres suffusions séreuses, à savoir, par les toniques, et notamment par le quinquina en substance.

Nous ne saurions préciser numériquement la quantité relative des cas où l'infiltration se produit dans les fièvres intermittentes, car les nuances rudimentaires échappent souvent à l'attention du médecin et du malade lui-même, qui ne se préoccupent de cet accident que lorsqu'il présente quelque gravité, soit par son intensité, soit par sa durée ; mais tous les praticiens savent que l'œdème des membres inférieurs, surtout, est très-commun dans les fièvres périodiques.

Les recherches suivantes portent sur trente-un cas d'hydropisies de diverses formes, à un notable degré, pris au hasard parmi les six cents cas de fièvre intermittente observés à la clinique depuis douze ans passés.

Sur ces trente-un cas se rencontrent vingt-huit hommes et trois femmes ; disproportion qui cessera d'étonner, lorsqu'on saura qu'*in nostro aere*, la fièvre intermittente est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes dans la proportion de six à un, au moins; ce qui

tient, sans doute, à ce que le genre d'occupation des hommes les expose plus à l'influx marécageux.

Les âges de nos sujets hydropiques ont varié de quatorze à soixante ans; plus de la moitié de nos malades avaient de vingt à quarante ans.

La constitution des malades était forte, en général, dans la proportion des deux tiers (20 à 31).

Les époques d'invasion sont ainsi réparties :

Mai.........	7 cas.	
Juin..........	6	
Avril.........	4	
Juillet.........	3	
Novembre .	ãã	2
Décembre..		
Janvier....		
Août......		
Octobre. ..	ãã	1
Septembre .		
Mars.... .		

D'où l'on voit que les cas printaniers sont de beaucoup les plus nombreux.

L'invasion de la fièvre a précédé l'invasion de l'anasarque de quelques jours à plusieurs mois ; le plus souvent l'intervalle variait de deux à quatre septénaires.

L'anasarque n'était pas toujours en rapport, tant s'en faut, avec le développement de la rate, dont l'existence, à un degré notable, n'a été constatée qu'une fois sur trois (10 sur 31). Jamais nous n'avons observé d'hypertrophie appréciable du foie.

Les urines ont été albumineuses trois fois, d'une manière notable, mais passagère; nous n'avons pas remarqué que l'albuminurie ait coïncidé avec une affection appréciable des reins; l'albuminurie a disparu avant l'anasarque; celle-ci n'a pas duré plus longtemps que dans la moyenne des cas d'infiltration sans urines albumineuses.

Dans les trente-un cas l'anasarque a pris des proportions plus ou moins considérables : occupant ordinairement toute l'étendue des deux membres inférieurs, elle a souvent affecté le scrotum ou les grandes lèvres, et s'est accompagnée d'épanchement abdominal; plusieurs fois elle s'est étendue à la totalité du corps.

L'infiltration est apparue, soit pendant la durée de la fièvre, soit après la cessation des accès, et le plus souvent pendant l'administration même du sulfate de quinine.

La durée de l'anasarque a varié de six jours à deux mois, moyenne quinze jours environ.

Comme preuves à l'appui de quelques-unes de ces propositions, nous produirons les observations suivantes :

La première est aussi celle qui a commencé à nous éclairer sur l'efficacité de l'extrait de quinquina.

Obs. I. Un homme de quarante-six ans, de constitution sanguine lymphatique, tisserand, fut pris, il y a un mois, de fièvre tierce, et séjourna huit jours à l'hôpital, où la fièvre disparut sans médication spécifique. Quinze jours après sa sortie, il fut repris de la fièvre à laquelle se joignit une anasarque. Il entre à l'hôpital le 16 avril 1847; les membres inférieurs sont très-infiltrés ; on perçoit de la fluctuation dans l'abdomen, la face est bouffie, les membres supérieurs sont également infiltrés. On ne perçoit pas de développement anormal de la rate. Il y a dyspnée, les battements du cœur sont vifs et fréquents. (Sulfate de quinine, 0,50; chiendent avec nitre, 15 gram.)

Les jours suivants le mal fait des progrès; le 19, l'anasarque étant très-considérable et le pouls très-vif, nous prescrivons une saignée de 360 gram., qui ne procure qu'un soulagement momentané.

Le 21, la fièvre a cessé, mais l'hydropisie va en s'aggravant. Les urines traitées par l'acide nitrique ne précipitent pas d'albumine. (Sulfate de quinine, nitre à haute dose, 20 ventouses scarif. aux cuisses.)

Les jours suivants, l'oppression est extrême, la face est bouffie et sensiblement cyanosée, l'abdomen est distendu, les membres sont énormément infiltrés ; il y a prostration; des moyens variés, notamment un laxatif et des bains de vapeur sont essayés. Nous commençons à concevoir de graves inquiétudes, en raison du progrès rapide et de l'inutilité des divers moyens mis en usage.

Le 29 nous prescrivons la potion suivante :

Pr.	Extrait mou de quinquina...........	4 grammes.
	Eau de camomille..................	100 grammes.
	Sirop d'écorces d'oranges............	20 grammes.

A prendre par cuillerées de deux en deux heures.

Eau vineuse pour tisane. Bouillon.

Dès le deuxième jour l'amélioration est sensible, l'anasarque diminue, la respiration est plus libre, les forces reviennent, le pouls est moins serré ; au bout de dix jours, il ne restait qu'un peu d'infiltration des membres inférieurs. (Même traitement, soupes.)

Le 13 mai, la fièvre reparaît ; nous donnons le sulfate de quinine conjointement avec la potion d'extrait de quinquina ; la fièvre dispa-

raît bientôt, et le malade sort complétement guéri le 8 juin, sept semaines après son entrée.

Ainsi, voilà une énorme anasarque, suite de fièvre intermittente non invétérée, sans hypertrophie notable de la rate, qui résiste au sulfate de quinine, au nitre à haute dose, à la saignée, plus à un laxatif, à une potion scillitique, aux frictions de teinture de scille et de digitale, à un vésicatoire au bras et même à des bains de vapeur, et qui cède rapidement à une potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina. La fièvre se reproduit malgré l'extrait de quinquina, et cède au sulfate de quinine, qui n'avait pu guérir l'anasarque.

Ce fait nous parut des plus curieux et des plus expressifs, mais nous voulions le confirmer par d'autres; l'occasion ne manqua pas de se produire.

Obs. II. Un jeune homme de vingt ans, de constitution lymphatique, cultivateur, est affecté depuis sept semaines de fièvre intermittente, d'abord tierce, puis quotidienne. Depuis huit jours les membres inférieurs sont infiltrés. Il entre à la Clinique le 22 mai 1847. L'anasarque est assez prononcée, la rate dépasse de 5 centimètres le rebord des fausses côtes, les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique. (Sulfate de quinine, 0,30, frictions de vin aromatique sur les jambes, soupes.)

Un seul accès de fièvre a lieu, mais l'anasarque n'en continue pas moins de s'accroître, malgré la continuation du sulfate de quinine et des diurétiques.

Le 1er juin, l'œdème fait toujours des progrès, la rate a repris son volume normal; nous prescrivons la potion ci-dessus, contenant 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

Trois jours après, les jambes sont considérablement désenflées. (Même traitement.)

Le 6 juin, les pieds n'enflent plus que pendant la station.

Le 8, le malade sort guéri.

Ainsi, fièvre de sept semaines, avec hypertrophie de la rate; la fièvre cesse bientôt et la rate se résout par le sulfate de quinine; cependant l'anasarque augmente et ne rétrograde que par l'administration de l'extrait de quinquina.

Obs. III. Un homme de vingt-neuf ans, de forte constitution, douanier, est affecté depuis huit jours de fièvre intermittente tierce. Il entre à la Clinique le 5 juin 1847. La rate n'est pas sensiblement développée. (Tisane de chiendent, le quart d'aliments.)

Les jours suivants, la fièvre tend à devenir quotidienne; le 9, on pratique une saignée de 300 grammes.

Le 11, la fièvre est quotidienne. (Sulfate de quinine, 0,30.)

Le 13, la fièvre ne revient plus ; il se développe un herpès labial ; les pieds commencent à s'infiltrer ; les urines ne sont pas albumineuses. (Continuation du sulfate de quinine.)

Le 18, l'anasarque est très-considérable, l'abdomen est fluctuant, le scrotum est volumineux. (Potion avec extrait de quinquina, 4 grammes; infusion de tilleul.)

Dès le lendemain l'anasarque a diminué ; elle se résout rapidement les jours suivants. Le malade sort le 28, complétement guéri.

Ce fait est peut-être plus satisfaisant que les précédents, en raison de la simplicité de la thérapeutique : le sulfate de quinine et l'extrait de quinquina s'y trouvent seuls en présence.

Obs. IV. Un homme de cinquante ans, de forte constitution, journalier, est affecté de fièvre tierce depuis quinze jours. Il entre à la Clinique le 13 juin 1847 ; la rate ne déborde pas les fausses côtes. (Expectation.)

La fièvre étant revenue les jours suivants, le 17 on donne sulfate de quinine, 0,50.

Le 21, la fièvre ne revient plus, mais les jambes sont infiltrées. Les urines ne sont pas albumineuses. (Sulfate de quinine, frictions de vin aromatique, chiendent nitré, le quart d'aliments.)

Le 25, l'œdème est considérable, il gagne l'abdomen, le scrotum est très-infiltré. (Même traitement.)

Le 28, l'anasarque progresse toujours. (Potion avec extrait de quinquina, 4 grammes ; chiendent nitré.)

Les jours suivants l'anasarque se résout, si bien qu'elle est entièrement dissipée le 9 juillet, et que le malade sort le 12, un mois après son entrée.

Ici l'efficacité de l'extrait du quinquina, comparé au sulfate de quinine, est encore des plus manifestes.

Obs. V. Un homme de trente-huit ans, de bonne constitution, terrassier, est affecté depuis quinze jours de fièvre intermittente tierce. Il entre à la Clinique le 19 juin 1847. La rate ne dépasse pas les fausses côtes; l'anasarque s'est montrée depuis hier aux membres inférieurs. Les urines ne sont pas albumineuses. (Sulfate de quinine 0,50. Chiend. nitré, frict. de vin aromatique sur les jambes.)

Le 22, la fièvre a cessé, mais l'œdème persiste et va même en s'aggravant. (Même traitement.)

Le 26, le scrotum est très-infiltré, l'ascite se prononce. (Potion avec extr. de quinquina 4 grammes.)

Les jours suivants, l'œdème diminue, mais assez lentement; cependant

le 8 juillet, douzième jour de l'administration de la potion, il est presque entièrement dissipé. Le malade sort le 10, vingt jours après son entrée.

L'effet du remède, quoique moins prompt que dans les cas précédents, n'en est pas moins réel.

Nous pourrions produire d'autres observations semblables aux précédentes ; mais pour ménager la patience du lecteur, nous ne rapporterons plus que la suivante, remarquable par l'albuminurie, et qui justifie ce que nous avons dit précédemment de l'innocuité des urines albumineuses dans la fièvre intermittente.

Obs. VI. Un garçon de seize ans, de constitution assez chétive et lymphatique, était depuis deux mois en prison, lorsqu'il fut pris, il y a un mois, de fièvre intermittente. Sorti de prison il y a huit jours, il entre à la Clinique le 12 avril 1848. Le type, quarte d'abord, est devenu quotidien depuis la sortie de prison. La rate dépasse de trois centimètres le rebord des fausses côtes. (Expectation.)

Le 16, la fièvre continue ; les jambes commencent à s'infiltrer ; les urines donnent par l'acide nitrique un léger précipité d'albumine ; la chaleur procure également un coagulum. (Sulfate de quinine 0,30, chiend. nitré, friet. aromat. sur les jambes.)

Le 20, la fièvre a cessé, mais l'anasarque augmente, la face est pâle et bouffie. Nous essayons des ferrugineux, en raison de l'anémie apparente. (Pilules de Vallet n° 2, matin et soir, infus. de camomille, le quart, vin.)

Le 22 l'infiltration devenue générale s'accroît rapidement, le scrotum est très-volumineux. Les urines sont toujours albumineuses. Nous ne comptons plus sur l'action lente et douteuse du fer, et nous prescrivons la potion avec quatre grammes d'extrait mou de quinquina.

Dès le lendemain, 23, l'infiltration a considérablement diminué; la cuisse qui, deux jours auparavant, mesurait 46 centimètres de circonférence, ne donne plus que 42, et le mollet, qui donnait 31 centimètres, n'en offre plus que 28. Cette amélioration est si prompte, que nous doutons de sa corrélation avec l'administration du remède; cependant nulle autre circonstance appréciable ne peut en donner la raison. La rate est désenflée. (Continuer la potion.)

Le 25, l'œdème des membres et de la face est dissipé ; le scrotum seul reste considérablement infiltré. (Compresses d'eau blanche sur le scrotum tenu relevé au moyen d'un suspensoir. Potion d'extrait de quinquina.)

Le 30, la convalescence est confirmée; depuis plusieurs jours les

urines ne donnent plus traces d'albumine. Le malade sort guéri le 8 mai, vingt-six jours après son entrée.

On aura remarqué ici la formation de l'anasarque durant l'administration du sulfate de quinine ; son accroissement rapide et sa diminution brusque du moment où l'extrait de quinquina fut donné ; la coexistence de l'albuminurie, qui n'empêche pas l'anasarque de se résoudre promptement, etc.

De nos nombreuses observations sur la thérapeutique de l'hydropisie consécutive à la fièvre intermittente, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Dans la majorité des cas, l'infiltration, occupant les extrémités inférieures, est légère et se dissipe avec plus ou moins de promptitude, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens divers, tels que les frictions aromatiques, toniques, astringentes, la position déclive, la compression, le régime analeptique, les diurétiques, les amers, les laxatifs, les bains de vapeur, etc.

2° Sans nier absolument l'efficacité du sulfate de quinine, on est forcé de reconnaître que l'anasarque se produit souvent pendant son administration, et qu'elle persiste malgré ce remède.

3° Lorsque l'infiltration devient générale et qu'elle résiste aux moyens précédents, le remède le plus efficace nous paraît être le quinquina représenté par l'extrait mou de cette écorce, et non pas le sulfate de quinine. Prof. FORGET, de Strasbourg.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LES DOULEURS URÈTRALES, SUITE DE BLENNORRHAGIES, ET SUR UN NOUVEAU MOYEN DE LES TRAITER.

En 1843, M. de Castelnau fit connaître, dans les Annales des maladies de la peau et de la syphilis, un moyen nouveau que j'avais imaginé pour traiter les douleurs quelquefois si rebelles de l'urètre ; il rapporta deux observations où l'efficacité de ce moyen paraissait évidente. Encouragé par les succès que j'obtins dès mes premiers essais, j'ai, depuis 1843, renouvelé mes tentatives assez souvent, et avec assez d'avantages pour que je me croie obligé aujourd'hui de faire connaître aux praticiens un mode de traitement qui leur rendra d'utiles services. Un mot d'abord sur l'affection à traiter.

Tout le monde sait que le canal de l'urètre peut être le siége d'une douleur, qui persiste après la disparition complète d'une blennorhagie,

et qui varie, quant à son intensité, depuis une simple cuisson jusqu'à des élancements extrêmement violents.

Les causes de cette douleur, de même que les circonstances particulières dans lesquelles elle se développe, ne sont pas toujours faciles à apprécier. L'intensité primitive de la blennorrhagie, ses diverses complications, qu'elles aient lieu soit sur des organes voisins, soit sur des organes éloignés, l'âge et le tempérament des malades, toutes conditions auxquelles les auteurs ont accordé plus ou moins d'influence sur sa production, n'ont qu'une action fort problématique, et, dans mon opinion, à peu près nulle; il y a cependant une exception à faire en faveur des individus très-excitables, qui me semblent, par la disposition de leur constitution, être beaucoup plus souvent que les autres affectés de cet accident. Mais une condition d'une influence beaucoup plus positive est celle de l'hygiène observée par le malade pendant le cours de sa blennorrhagie. On peut affirmer, à l'honneur de la thérapeutique, que les douleurs de l'urètre ne se manifestent que très-rarement chez les malades qui sont soumis scrupuleusement à un traitement régulier et qui, par-dessus tout, ont gardé le repos pendant un temps suffisant. Malheureusement, il est très-difficile en ville d'obtenir des malades une grande docilité, surtout en ce qui concerne le repos, attendu que la plupart ne veulent pas interrompre leurs affaires et même assez souvent leurs plaisirs, pour une affection en apparence très-légère, et qui ne semble d'abord porter aucune atteinte à la santé générale. Cependant quelques-uns, par une prédisposition évidente bien remarquable, mais que rien souvent ne trahit à l'extérieur, se soumettent avec la plus grande exactitude aux prescriptions les mieux dirigées, et ne peuvent échapper à cet accident; je citerai, entre autres exemples, celui d'un homme de 25 ans, qui entra dans mon service au commencement de l'année 1843, et au début d'une blennorrhagie. Cet homme, qui m'avait été spécialement recommandé, était fort raisonnable; il avait le plus grand désir de se guérir, et suivait de point en point le traitement qui lui était prescrit; il était assez robuste, point nerveux, d'une excellente santé habituelle, et n'avait jamais eu d'autre affection syphilitique.

Malgré la réunion de conditions en apparence si favorables, les douleurs qu'il avait éprouvées dès le début dans le canal de l'urètre persistèrent pendant cinq mois, et il s'en ressentait encore par moments, quand, après ce laps de temps, il quitta l'hôpital; tous les moyens conseillés en pareil cas, moins les vésicatoires et la compression, furent épuisés en vain chez lui; les cas de ce genre sont heureusement fort rares.

Non-seulement les douleurs ne se manifestent ordinairement que dans des conditions opposées, mais même il arrive assez fréquemment qu'elles sont provoquées momentanément par des excès de régime ou de travail, quand elles n'existent pas d'une manière permanente. Les mêmes circonstances qui donnent lieu aux douleurs urétrales ou qui les entretiennent, s'opposent à la guérison de l'écoulement ; aussi est-il fréquent de les voir coïncider avec des écoulements de longue durée ; mais il ne faudrait pas induire de cette coïncidence, que c'est la persistance de l'écoulement lui-même qui les produit ; ce serait préjuger la solution d'une question encore à résoudre. Les injections urétrales astringentes ont-elles une influence sur la production de ces douleurs ? Il serait au moins hasardeux de se prononcer à ce sujet ; on verra dans l'une des observations que je vais rapporter ce mode de traitement être suivi d'une exaspération permanente des douleurs.

Le méat et la fosse naviculaire sont les endroits où elles s'établissent de préférence ; la portion post-scrotale de l'urètre en est aussi fréquemment atteinte. Plus rarement elles occupent toute la longueur du canal. Il semble que sa partie moyenne ait peu de tendance à subir ce mode pathologique, car les deux extrémités sont souvent affectées pendant qu'elle reste tout à fait normale. Les douleurs tantôt, et c'est le plus ordinaire, se font sentir d'une manière permanente, tantôt n'existent qu'après le coït, ou pendant la miction, ou à la suite d'excès quelconques.

Leur intensité différente produit naturellement des effets différents chez les malades qui en sont atteints ; mais à un degré d'intensité médiocre et à peu près égal, on observe d'énormes variations dans la facilité avec laquelle elles sont supportées. Tel malade y fait à peine attention, tel autre en est tourmenté au dernier point et en fait l'objet de plaintes incessantes ; mais ceux de cette dernière catégorie sont à beaucoup près les plus nombreux, en sorte que c'est une chose importante dans la pratique de pouvoir combattre avantageusement ces douleurs.

Les moyens que les auteurs ont proposés dans ce but sont nombreux, mais ne possèdent pas tous des vertus également incontestables. Les plus efficaces consistent dans des applications de sangsues plusieurs fois répétées sur le trajet du canal, et spécialement sur les points douloureux, et en topiques calmants dont les meilleurs sont les cataplasmes laudanisés et la pommade de belladone, avec ou sans mélange d'onguent mercuriel. Pour obtenir de ces moyens tous les bons résultats qu'on peut en espérer, il est important de leur adjoindre le repos général et local, condition sans laquelle ils deviennent souvent insuffisants et quelquefois

complétement inutiles. On ne saurait trop recommander aux malades d'observer le plus exactement possible cette partie du traitement, qu'ils sont toujours très-enclins à négliger. On peut encore employer contre les douleurs urétrales plusieurs autres moyens, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Les premiers n'ont presque jamais aucune efficacité, et, parmi les seconds, les injections laudanisées et les vésicatoires sur le trajet de la douleur sont les seuls dont on ait obtenu quelques bons résultats. Les vésicatoires sont même, d'après beaucoup d'auteurs, supérieurs à tous les autres médicaments; mais ils sont si désagréables à employer, que beaucoup de malades y répugnent, et qu'on n'y a guère recours qu'en désespoir de cause. Le procédé que je mets en usage est extrêmement simple et m'a été suggéré par ce fait que plusieurs malades affectés de douleurs sur quelques points de l'urètre font cesser momentanément la douleur en comprimant la partie malade.

On pouvait, d'après ce fait, espérer qu'en prolongeant suffisamment la compression, non-seulement on empêcherait la douleur pendant le temps qu'elle serait exercée, mais encore qu'on finirait par détruire la manière d'être morbide des tissus, par changer, si l'on veut, leur mode de vitalité, et empêcher ainsi la douleur de se reproduire après que la compression serait enlevée. Je vais rapporter, pris entre plusieurs, deux faits qui prouvent que cet espoir était fondé. Mais avant, je vais dire quelques mots sur les cas dans lesquels la compression paraît surtout indiquée d'après les faits qui ont passé sous mes yeux, afin qu'on ne puisse pas croire que je veux faire de la compression un remède à tous les maux.

En général, on ne doit espérer faire cesser les douleurs de l'urètre par la compression, que lorsqu'elles seront localisées à la partie de la verge qui se trouve au-devant des bourses, la seule qui puisse être efficacement comprimée; ce n'est cependant pas une raison pour s'abstenir de la compression dans les cas opposés, parce que, dans ce cas même, la compression parvient souvent à faire disparaître les douleurs de la partie antérieure, et quelquefois à diminuer, par sympathie ou autrement, celles de la partie postérieure.

Bien qu'aucune tentative n'ait, à ma connaissance, été faite dans ce sens, je ne pense pas que la compression puisse être avantageuse dans les douleurs urétrales qui accompagnent la blennorrhagie aiguë, ni, en général, dans aucune affection inflammatoire de cette forme.

Enfin il sera toujours, ou au moins dans la grande majorité des cas, utile de faire précéder la compression d'une ou de plusieurs évacuations sanguines locales.

La compression fera presque toujours disparaître les douleurs qui

offrent ce caractère spécial d'être soulagées par la pression de la verge entre les doigts, mais elle réussira encore assez souvent dans les autres.

Le procédé opératoire pour l'établir est tellement simple, qu'il est à peine utile de l'indiquer. On prend une longue bande de diachylon d'un centimètre, et on l'enroule autour de la verge à la manière d'une bande ordinaire, en commençant par le gland; on l'applique plus exactement encore en prenant une foule de petites bandelettes, dont chacune n'entoure qu'une fois l'organe et dont les deux extrémités s'entrecroisent sur l'urètre pour la solidité du pansement. La seule chose à laquelle il faille avoir égard, c'est le degré de compression; il faut qu'il soit aussi grand que possible, sans toutefois qu'il empêche le malade d'uriner, ce qui le forcerait à défaire le pansement. La compression sera continuée aussi longtemps que possible après la cessation des douleurs pour éviter les récidives.

Obs. Ire. — Chat....., âgé de vingt-sept ans, maréchal-ferrant, célibataire, d'une taille ordinaire, ayant les yeux bruns, les cheveux noirs, la peau blanche, le tissu cellulaire et adipeux médiocrement développé, est entré, le 12 octobre 1843, à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 38.

Il y a trois ans, ce malade, n'ayant jamais eu auparavant d'autre affection vénérienne, contracta une blennorhagie qui fut accompagnée, seulement au début, d'une douleur légère en urinant. L'écoulement dura au moins six semaines, et cessa ensuite pendant un mois. Après cette époque, le malade fit quelques excès de femme et de boisson, l'écoulement reparut, mais seulement sous forme d'une goutte qui se manifestait chaque matin à l'extrémité du canal de l'urètre. Cet état persista avec des alternatives d'augmentation et de diminution, pendant dix-huit mois, après lesquels il ne sortit plus que quelques filaments blanchâtres, à moins que le malade ne se livrât à quelques excès; circonstance qui provoquait presque immanquablement pendant trois ou quatre jours la réapparition de quelques gouttes de liquide jaune verdâtre. Vers l'époque où l'écoulement cessa, il commença à se manifester des élancements dans le canal de l'urètre, où toute douleur avait depuis longtemps cessé. Ces élancements avaient lieu habituellement une douzaine de fois le jour, très-rarement la nuit; ils devenaient beaucoup plus fréquents et plus intenses lorsque le malade travaillait beaucoup ou faisait quelque excès de femmes ou de table. Dans l'état d'érection, ils étaient presque continuels; ils n'avaient pas lieu lorsque le malade urinait. L'excrétion des urines a toujours été normale; à aucune époque il n'y a eu d'hématurie.

Il y a huit mois, le malade prit des pilules pendant environ un mois, puis une douzaine de bains; il crut éprouver une légère amélioration à la suite des bains seulement.

Il n'a pas fait d'autre traitement.

État actuel, le 19 octobre. — Les élancements se renouvellent un grand nombre de fois par jour, et durent chaque fois de quelques secondes à une, deux ou trois minutes; ils occupent toute la longueur du canal, mais ils

sont beaucoup plus forts au niveau du gland que partout ailleurs; la miction ne les provoque pas. L'état général est excellent.

Jusqu'au 16 on ne fait rien, et les douleurs conservent le même caractère.

Le 16 on applique la compression depuis l'extrémité du gland jusqu'à la racine des bourses. Les élancements vont graduellement en diminuant dans la partie comprimée et cessent entièrement le 23. On enlève la compression, mais au bout de quatre jours elles reviennent, quoiqu'à un degré moins intense; on rétablit la compression, et elles disparaissent de nouveau au bout de deux jours. Après leur disparition, on maintient la compression pendant cinq jours (jusqu'au 3 novembre); on l'enlève ensuite, et aujourd'hui 6, elles n'ont pas reparu. Celles qui siégeaient en arrière des bourses existent encore, mais à un degré beaucoup moindre; on va les traiter par les évacuations sanguines locales et les émollients. Le régime du malade a été d'abord de trois cinquièmes, puis de quatre cinquièmes de portion.

Remarques. — On peut voir dans l'histoire de ce malade la confirmation de ce que j'ai dit plus haut, sur l'influence du genre de vie, dans la production des douleurs urétrales. Ces douleurs n'ont commencé à exister que lors des excès auxquels se livrait quelquefois le malade; puis elles sont devenues permanentes. La récidive de la blennorrhagie semble aussi reconnaître pour cause un écart de régime, selon la règle la plus habituelle. A mesure que l'on approfondit davantage l'histoire de la blennorrhagie et de ses suites ou complications, on a plus d'une fois l'occasion de se convaincre que cette affection est une de celles qui ressentent le plus vivement l'influence de la diététique, une de celles dans lesquelles le médecin n'obtient presque jamais que des succès éphémères s'il n'associe une hygiène bien entendue à sa thérapeutique. L'observation qui précède fait voir aussi qu'il ne faut pas se hâter d'enlever la compression dès que les douleurs ont cessé, si l'on veut éviter les récidives. Enfin, elle démontre encore que le moyen thérapeutique que nous étudions peut amender les douleurs qui siégent hors des points où il est appliqué.

L'observation suivante nous fournira une nouvelle preuve de ces vérités, et nous présentera en même temps un point intéressant dans l'histoire de la blennorrhagie.

Obs. II. B... (Hippolyte), âgé de vingt et un ans, journalier à la campagne, célibataire, ayant les cheveux blonds, les yeux bleus, la peau blanche, musculation bien développée, peu d'embonpoint, de petite taille, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10, nº 25, le 9 octobre 1843.

Cet homme, d'un tempérament irritable, d'une intelligence développée, donne sur ses antécédents les détails suivants, dont la précision prouvera avec quel soin il veille sur sa santé.

Le 25 août 1840, le malade alla se promener à la ville voisine, et eut des rapports avec une femme publique. Cinq jours plus tard, il éprouva en arrière des bourses une douleur assez légère, mais qui devenait extrêmement vive lorsqu'il urinait; les besoins d'uriner se faisaient sentir jusqu'à qua-

rante fois par jour, et même plus. Dans les intervalles des mictions, aucun suintement n'avait lieu par le canal. Le malade s'observait avec le plus grand soin, jamais sa chemise ne fut tachée. Les douleurs s'étendirent bientôt jusqu'au gland, et persistèrent presque au même degré pendant six semaines, puis elles se calmèrent pendant trois ou quatre mois, sans cesser entièrement, s'exaspérèrent de nouveau, et ainsi de suite pendant quinze mois. Six semaines après le début de la maladie, il consulta un pharmacien qui lui fit prendre des tisanes et des bains locaux. Il cessa ce traitement au bout de quatre semaines, mais il garda toujours, pendant les quinze premiers mois, un régime sévère. Au bout de ce temps, ayant consulté un autre médecin, celui-ci lui dit qu'il n'avait qu'à s'amuser pour se distraire.

Le dimanche suivant, il fit un excès de boisson avec quelques-uns de ses amis, et deux jours après, sans avoir vu aucune femme, il s'aperçut d'une goutte de matière jaunâtre au méat; les douleurs en même temps éprouvèrent une légère augmentation. Depuis cette époque, l'écoulement a toujours persisté au même degré, restant quelquefois trois ou quatre mois sans paraître, et éprouvant une légère augmentation (c'est-à-dire fournissant quatre ou cinq gouttes par jour) chaque fois que le malade se livre à un excès de boisson ou de travail. Dans l'été, la goutte apparaît vers midi; le méat est sec le matin et le soir. Depuis que l'écoulement est apparu, le malade a exercé le coït deux fois; la première avec une femme publique qui, selon lui, était très-malade; la seconde est une fille de son pays, qu'il croit très-saine : il n'a rien contracté dans le premier coït; il a donné dans le second. Au mois de mai dernier, il consulta un troisième médecin qui, après lui avoir fait prendre inutilement divers remèdes, lui conseilla de faire des injections avec de l'eau ferrée prise dans une auge de forgeron. A peine avait-il fait trois ou quatre de ces injections que les douleurs s'exaspérèrent au point que le malade se couchait sur la terre chaque fois qu'il voulait uriner; l'urine n'était expulsée qu'avec les plus grandes difficultés, et était surmontée de petites pellicules blanchâtres, que le malade compare avec beaucoup de justesse à de la fleur de vin.

Les douleurs persistèrent ainsi pendant six semaines, malgré la suspension des injections; l'écoulement n'éprouva aucune modification. Il prit pendant six semaines de la tisane, puis alla consulter un autre médecin, le 28 juillet dernier. Celui-ci fit appliquer vingt sangsues au périnée en deux fois, et prescrivit à l'extérieur, pendant deux mois, différents moyens qui n'eurent aucune influence sur les douleurs ni sur l'écoulement. C'est alors que le malade demanda à entrer à l'hôpital.

Il serait inutile de décrire plus longuement l'état dans lequel il était; j'ajouterai seulement que, dans la portion de canal intermédiaire au gland et au périnée, la douleur était beaucoup moins vive que dans ces deux points, et que l'écoulement consiste en une goutte de liquide rougeâtre, à peine louche, qui se manifeste le matin et manque quelquefois.

Dès le 10 octobre on appliqua la compression jusqu'à la racine des bourses; au bout de trois jours la douleur était presque nulle dans toute la portion comprimée, et un peu moindre ailleurs. Au bout de huit jours la compression est suspendue; la douleur a cessé tout le long de la verge; mais elle persiste, un peu améliorée, au périnée. Depuis cette époque jusques aujourd'hui (6 novembre), la douleur n'a pas reparu dans les points où la compression a été appliquée, mais elle persiste encore au périnée, malgré

deux applications de sangsues, des cataplasmes émollients, et un régime à deux cinquièmes de ration. Les antiblennorrhagiques n'ont point encore été employés.

Remarques. — Je ne répéterai pas ici les remarques que j'ai faites à propos de l'observation précédente ; je ferai seulement observer que les renseignements fournis par le malade, et sur lesquels il ne me paraît pas possible d'élever des doutes, prouvent qu'il a été affecté de ce que les auteurs ont appelé anciennement une blennorrhagie *érysipélateuse*, et plus récemment, une blennorrhagie sèche. Cette dénomination que j'ai adoptée pour me conformer à un usage déjà reçu, a été critiquée par certains étymologistes qui attachent plus d'importance aux mots qu'aux choses ; mais comme elle satisfait ceux qui sont dans le cas contraire, je n'ai rien à regretter.

J'aurais pu joindre aux observations qu'on vient de lire l'histoire de plusieurs cas dans lesquels la douleur était bornée à la portion balanique de l'urètre, et dans lesquels l'emploi de la compression a été suivi d'un succès complet ; mais je pense que ce que j'ai dit suffira pour appeler l'attention des praticiens sur un procédé utile, et c'est là tout ce que je me suis proposé. Ce procédé est trop facile et trop simple pour que chacun ne soit pas promptement fixé sur sa valeur par sa propre expérience. VIDAL (de Cassis).

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR DEUX NOUVELLES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FRACTURES NON CONSOLIDÉES.

La non-consolidation des fractures est un des accidents les plus redoutés des chirurgiens. En effet, indépendamment de ce que tous les traitements des fractures réclament l'application prolongée d'un appareil plus ou moins gênant, et un repos plus ou moins absolu pendant quarante ou cinquante jours, les nombreuses méthodes que le génie chirurgical a inventées pour remédier à cet accident des fractures sont loin de posséder des indications parfaitement précises, et chacune d'elles compte autant de revers que de succès. A ce titre, il nous a paru utile de jeter un coup d'œil rapide sur chacune de ces méthodes, et d'en faire connaître deux récemment introduites dans la pratique.

Toutes les méthodes chirurgicales employées contre les pseudarthroses ont pour but de réveiller le travail inflammatoire, qui amène la formation du cal. Mais les unes se bornent à porter une excitation plus ou moins vive vers le lieu de la fracture; les autres, au contraire, tendent en outre à placer les fragments dans des conditions analogues à celles où ils se trouvaient au moment de la fracture.

Parmi les méthodes qui agissent en irritant, soit directement, soit

indirectement, les surfaces fragmentaires, nous signalerons, comme les moins dangereuses, le *frottement des fragments* l'un contre l'autre, soit d'après la méthode de Celse, qui conseille les frictions des fragments pendant quelques instants, et ensuite la mise du membre dans un appareil contentif, soit d'après celle de J. Hunter, renouvelée par M. Velpeau, qui consiste à faire marcher les malades avec un membre entouré d'attelles ; la *compression*, ou méthode de White, qui consiste à appliquer autour du membre une forte enveloppe, formant étui, avec laquelle le malade doit exercer son membre ; et le *galvanisme*, qui a compté récemment un beau succès entre les mains de Burman. Viennent ensuite, et l'*application des sétons*, dont Physick, de Philadelphie, eut le premier l'idée ; méthode plus dangereuse que les précédentes, puisqu'elle occasionne un travail inflammatoire bien autrement intense et qui peut être l'origine d'accidents fort graves ; et les deux nouvelles méthodes, celles du professeur Miller et de Dieffenbach, sur lesquelles nous voulons appeler plus particulièrement l'attention.

La méthode de Dieffenbach se rapproche jusqu'à un certain point de celle du même auteur, que nous avons déjà fait connaître, et qui consiste à faire, avec une vrille, des trous dans les fragments non consolidés, de manière à détruire les adhérences morbides, en même temps qu'à susciter un travail organique suffisant. Dieffenbach a ajouté à ces perforations l'introduction de chevilles d'ivoire, destinées à activer encore le travail organique. Le premier essai de sa méthode a été fait sur une femme âgée de trente-trois ans, qui, à la suite d'une fracture datant de quinze mois, offrait un raccourcissement avec atrophie du membre et un cal mou volumineux, dans lequel les os se mouvaient comme dans une capsule. Dieffenbach employa les perforations et les chevilles ; dix jours après, il y avait déjà moins de mobilité ; les chevilles furent retirées, et en trois mois la guérison était complète. Même résultat chez un homme de trente et un ans, qui avait eu le bras fracturé à sa partie moyenne un an auparavant. Voici maintenant les détails opératoires de cette méthode, tels que nous les trouvons consignés dans le Casper's Wochenscrifft. Pour pratiquer cette opération, le membre, convenablement étendu et ramené à une bonne position, soit par des sections sous-cutanées, soit par des appareils appropriés, les fragments maintenus en contact, on fait tendre la peau sur le côté du membre où les fragments sont le plus superficiels ; et, avec un bistouri long et étroit de lame, mais à large pointe, on fait une petite incision jusque sur l'os, à un demi-pouce environ de l'extrémité de chaque fragment. Par cette incision, on introduit une vrille de l'épaisseur d'une

plume, et l'on fait un trou à l'os avec précaution et lenteur, retirant la vrille de temps en temps, de peur de faire éclater l'os (ce qui serait surtout à craindre si l'on faisait le trou trop près de la fracture). Il ne faut pas cependant trop s'en éloigner; l'irritation serait insuffisante. Deux chevilles d'ivoire d'un volume un peu moindre que la vrille, et préalablement huilées, sont alors enfoncées à travers l'os, jusqu'à ce qu'elles fassent saillie du côté opposé. Elles doivent avoir une longueur suffisante, pour qu'il en reste encore un pouce au dehors de la plaie des téguments. On les recouvre d'une épaisseur suffisante de charpie, et on fixe le membre avec un bandage et des attelles. Un trou sur chaque fragment suffit. Il faut que le premier trou soit fait et rempli par sa cheville, avant de procéder à l'autre. Quand on veut réunir une pseudarthrose de la rotule, la vrille doit être moitié plus mince qu'il n'a été dit; les trous ne doivent pas traverser toute l'épaisseur de l'os, et les chevilles doivent être rattachées et attirées l'une vers l'autre, à l'aide de fils entortillés. Après l'opération, le membre se gonfle et s'enflamme. Il faut alors enlever le bandage et favoriser la suppuration à l'aide de cataplasmes. Du cinquième au sixième jour, l'os et le périoste commencent à se tuméfier, et l'on peut sentir, à travers les parties molles, comme des espèces de tumeurs rondes comme des boules. S'il survenait une douleur violente et profonde dans l'os enflammé, il faudrait enlever les chevilles après quelques jours, et appliquer des cataplasmes fréquemment renouvelés, sauf à réintroduire les chevilles plus tard. Le terme moyen de leur séjour est de dix jours, et rarement il devra en dépasser quatorze; toutefois, on les laisserait davantage s'il n'y avait que peu de réaction, et si le gonflement demeurait insuffisant.

La méthode du professeur Miller, d'Édimbourg, à laquelle on peut donner le nom de *méthode des ponctions sous-cutanées,* est une nouvelle application de cette méthode sous-cutanée, dont la chirurgie a obtenu de si brillants succès dans ces derniers temps. M. Miller a pensé que, en introduisant obliquement jusqu'au lieu de la fracture une longue et forte aiguille, que l'on promènerait dans toutes les directions, et avec laquelle on diviserait les moyens d'union ligamenteux, en même temps que l'enveloppe fibro-cartilagineuse qui réunit souvent l'extrémité des os dans les pseudarthroses, on parviendrait à déterminer, vers le lieu de la fracture un travail irritatif, dont la consolidation serait le résultat. Dans le procédé de M. Miller, l'air ne pénètre pas jusqu'au lieu de la fracture. En effet, l'aiguille est introduite obliquement par une petite ouverture pratiquée à une certaine distance des os fracturés; puis les parties divisées, l'aiguille est retirée, et la petite plaie, recouverte avec un morceau de diachylon, ne tarde pas à se cicatriser, tandis que le

membre fracturé, placé dans un appareil convenable, marche vers une consolidation définitive. Dans le travail qu'il a publié sur ce sujet, dans le numéro de juin du Monthly journal of medecine, M. Miller a fait connaître quatre observations, qui, sans être toutes parfaitement concluantes, permettent d'espérer quelque chose de cette nouvelle méthode. Une fracture du maxillaire inférieur, près de son angle, chez un homme de trente-cinq ans, une fracture du tibia, non consolidées après plusieurs mois, ont suivi une marche des plus heureuses, après l'emploi des ponctions sous-cutanées. Dans un cas de fracture compliquée de l'humérus, avec résection et écartement considérable des fragments, les ponctions sous-cutanées, d'abord sans résultat, ont fini par exciter un commencement de travail d'organisation, sans que toutefois la fracture soit encore arrivée à une consolidation parfaite. Le quatrième fait, qui appartient à Liston, et qui diffère, jusqu'à un certain point, des faits précédents (en ce que, dans un cas de fracture du fémur, chez un homme de quarante-huit ans, ce grand chirurgien porta sous la peau un bistouri étroit, divisa avec cet instrument les surfaces fibro-ligamenteuses de la fausse articulation), n'a été suivi que d'un commencement de consolidation, et, après quelques mois, dans une chute qu'a faite le malade, les fragments osseux se sont de nouveau séparés au niveau de l'ancienne fracture.

Il ne nous reste plus, pour terminer cette longue énumération, qu'à mentionner les deux méthodes qui sont destinées à replacer les fragments dans des conditions identiques à celles qui suivent la fracture, à savoir, la résection de l'un ou des deux fragments, et le procédé de Greene, déjà mis en usage par Hunter, qui consiste à racler les deux extrémités de l'os, et à cautériser ensuite les surfaces osseuses avec la potasse caustique. Essayons maintenant de poser les indications principales de ces diverses méthodes, et d'en apprécier la valeur.

Il est de toute évidence que dans le choix à faire de ces diverses méthodes, il faut tenir grand compte de la disposition anatomique des parties, et que là où il y aura seulement un cal mobile, on ne devra pas recourir à la même méthode que s'il n'y a pas eu commencement de travail de cicatrisation, et en outre que les deux méthodes de la cautérisation et de la résection devront être réservées, à cause des graves dangers auxquels elles exposent, pour les cas où tous les autres traitements auront échoué. Il suit de là que, dans l'immense majorité des cas de pseudarthrose où il y a commencement de travail de réunion, on aura à choisir d'abord entre le frottement des fragments, la compression, le galvanisme, et, plus tard, entre les ponctions sous-cutanées, le séton et les chevilles d'ivoire.

Inutile de dire que les frottements, la compression et le galvanisme constituent des méthodes peu irritantes de leur nature, et que la formation du cal éprouvera seulement, sous leur influence, une activation modérée, insuffisante dans un grand nombre de cas. Plus active que les méthodes précédentes, la méthode des ponctions sous-cutanées n'offre d'autres avantages sur la méthode du séton et sur celle des chevilles que d'irriter moins violemment les parties ; mais ces avantages ne sont pas à négliger, surtout lorsqu'il s'agit de fractures placées au centre de membres volumineux. Le séton et les chevilles d'ivoire, moyens plus énergiques, pourront être employés à leur tour après les précédents ; bien entendu que tous ces moyens, et surtout les derniers, seront aidés par un pansement et un appareil convenables, que les forces des malades seront soutenues par une alimentation suffisante, et que les diathèses, s'il en existe, seront combattues par des moyens appropriés.

En résumé, le traitement des fractures non consolidées, et le choix des méthodes chirurgicales à employer dans ces fractures, varient suivant le degré d'irritation qui paraît nécessaire pour conduire à bonne fin le travail de consolidation, et le chirurgien doit épuiser graduellement les moyens les moins irritants avant d'arriver aux irritants directs, et encore plus aux méthodes qui consistent à transformer une fracture simple en une fracture compliquée de plaie et de pénétration de l'air dans le foyer.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LE MODE D'OBTENTION DU BAUME TRANQUILLE ET DE QUELQUES PRÉPARATIONS DE LA CIGUE OFFICINALE.

Le Codex et tous les traités de pharmacie indiquent l'emploi des plantes narcotiques fraîches pour la préparation du baume tranquille. Cette exigence embarrasse souvent les pharmaciens, attendu que ces plantes ne viennent pas dans toutes les localités ; il leur faut quelquefois les faire venir de très-loin, et ensuite, le besoin de préparer le baume tranquille ne coïncide pas toujours avec l'époque de végétation des plantes narcotiques dans les pays mêmes où elles croissent. Acheter cette préparation toute faite dans le commerce serait peu convenable, tout pharmacien devant tenir à honneur de préparer lui-même ses médicaments composés. M. Hurant a fait dernièrement à la Société de pharmacie une proposition qui tirerait les pharmaciens de cet embarras. Voici le procédé qu'il propose de suivre dans ces circonstances :

On prend 50 grammes de feuilles sèches et bien conservées de chacune des plantes narcotiques entrant dans la composition du baume tranquille ; on les brise grossièrement, on verse dessus d'abord 2 kilos d'eau et ensuite 4 kilos d'huile, puis on termine l'opération en se conformant aux indications du Codex.

Le produit que l'on obtient ainsi est d'un vert aussi beau que s'il était préparé avec les plantes fraîches. Quant aux propriétés thérapeutiques, M. Hurant s'est assuré par l'expérience qu'il avait également toutes celles qu'il possédait préparé autrement.

Comme on le voit, ce procédé n'est pas seulement applicable à la préparation du baume tranquille, mais aussi à l'onguent populéum et aux huiles simples de toutes les plantes vireuses, à l'exception de la ciguë, qui, comme nous l'allons voir, ne le supporterait pas, ainsi du reste que le procédé ordinaire suivi jusqu'à présent, sans préjudice pour ses propriétés.

Relativement au baume tranquille, M. Hurant propose une autre modification, applicable dans tous les cas : ce serait de remplacer la macération d'un mois de l'huile des narcotiques sur les plantes aromatiques, que prescrit le Codex, par une digestion de quelques heures, comme pratique plus expéditive et tout aussi bonne. A ce sujet, nous demanderons pourquoi, aux plantes aromatiques, on ne substituerait pas, ainsi que cela a été proposé, leurs huiles essentielles, comme méthode plus économique, puisqu'elle n'entraîne aucune perte d'huile?

Les praticiens sont loin d'être d'accord sur les propriétés thérapeutiques de la ciguë. Les uns lui accordent des propriétés héroïques, les autres ne lui en reconnaissent que de très-médiocres, et même les disent problématiques. Cette divergence d'opinions ne proviendrait-elle pas des modes opératoires suivis pour obtenir les préparations pharmaceutiques (*extrait, huile, emplâtre*) de cette plante ? Les remarques suivantes de M. Hurant le feraient assez croire.

Lorsqu'on soumet à l'évaporation du suc de ciguë, les vapeurs qui se dégagent ramènent au bleu le papier rouge de tournesol. Cet effet se produit pendant toute la durée de l'opération, mais d'une manière beaucoup plus sensible au commencement qu'à la fin, à l'air libre que dans le vide, et pendant l'ébullition de la liqueur que lorsque la température est inférieure à 100°. Il se manifeste encore d'une manière appréciable au bain-marie.

Ayant recueilli ces vapeurs, il a constaté qu'elles renfermaient de la cicutine ou conicine, principe actif de la plante, et de l'ammoniaque en proportion notable ; d'où il conclut rationnellement que l'extrait de ciguë sera d'autant plus actif qu'il aura été préparé à une plus basse

température et exposé moins de temps à l'action du feu et de l'air.

Faisant application de cette donnée à toutes les préparations de ciguë qui nécessitent l'emploi de la chaleur, il propose pour l'huile de cette plante, au lieu de l'ébullition de la plante fraîche, l'emploi de la digestion et de la plante sèche réduite en poudre demi-fine. Pour l'emplâtre il conseille, comme M. Guibourt l'a fait il y a déjà plusieurs années, au lieu de la plante fraîche, d'employer la poudre de ciguë récemment préparée, toutefois en la laissant en contact à une douce chaleur pendant quelques heures avec les matières grasses.

Dans sa note, M. Hurant dit un mot de la perte qu'on éprouve en matières grasses, dans la préparation des alcoolés et des liparolés simples et composés (baume tranquille, onguent populéum), par suite de l'imbibition des plantes. Il évalue cette perte à un cinquième au moins du poids des corps gras employés. Les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* se rappellent qu'il y a environ un an, M. Stanislas Martin, traitant cette question, avait conseillé, pour retirer les matières grasses engagées dans le tissu des plantes, de faire bouillir ces dernières après leur expression avec de l'eau, et de recueillir, après refroidissement, les matières grasses surnageant celle-ci. M. Hurant considère cette opération comme ne donnant qu'un résultat incomplet, et l'emploi de la presse, subséquent à l'ébullition dans l'eau, est, suivant lui, indispensable pour obtenir un résultat avantageux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DE LA GLACE POUR RAFRAICHIR L'AIR ATMOSPHÉRIQUE.

Depuis longtemps, les physiciens ont reconnu que l'homme sain absorbe par minute cent vingt litres d'air, et qu'une chandelle des six au demi-kilogramme exige, pour brûler complétement, mille vingt litres d'air atmosphérique.

On voit par là ce que devient l'atmosphère de la chambre d'un homme malade, surtout lorsqu'elle est bien close, et qu'une ou deux bougies y sont allumées.

L'air pur étant un agent essentiel au maintien de la santé, devient par cela même un remède puissant lorsque nous sommes malades ; aussi les médecins prescrivent-ils de renouveler souvent l'air des appartements par une ventilation douce, modérée, sans brusques oscillations ; mais la ventilation est chose difficile, à moins d'ouvrir les portes et les fenêtres, ce qui n'est pas sans danger. Je pense donc que l'on pourrait

obvier à cet inconvénient, en se servant de l'appareil que je propose.

Cet appareil est très-simple; il peut être construit sur une grande comme sur une petite échelle; il peut être transporté d'un lieu dans un autre; il n'a pas besoin, pour être mis en mouvement, du concours des animaux, et la dépense de son entretien n'est pas telle, qu'une personne d'une fortune ordinaire doive s'en priver, lorsqu'en été elle aura à supporter une opération de chirurgie.

Cet appareil repose sur les données suivantes :

1° Comprimer l'air pur extérieur dans un conduit d'appel, au moyen d'un moulin à vent, mu par une vis sans fin ;

2° Recevoir cet air comprimé dans un réservoir contenant de la glace ;

3° Porter cet air rafraîchi dans la chambre du malade, l'y attirer même, en pratiquant dans le haut d'une croisée une ventouse, ou en maintenant dans la cheminée des charbons enflammés.

Cet appareil se compose ainsi :

A. D'un réservoir en bois ayant la forme d'un œuf, dont une des extrémités est déprimée pour reposer sur le sol, l'autre extrémité coupée tranversalement, de manière qu'en réunissant les deux parties et les fixant l'une à l'autre par des charnières, cette partie forme couvercle.

B. L'intérieur de ce réservoir peut être doublé en zinc ou en plomb.

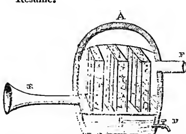
C. Intérieurement et au tiers de la profondeur de ce réservoir est placée, en forme de double-fond, une claie en bois, sur laquelle viennent reposer verticalement, et distancées les unes des autres, d'autres claies, entre lesquelles on met de la glace, observant toutefois de laisser deux claies vides entre une pleine, ce qui permet à l'air de circuler librement.

D. Extérieurement, et à la partie inférieure du réservoir, un robinet qui communique dans l'intérieur ; ce robinet permet à la glace fondue de s'écouler.

E. Est fixé à l'intérieur et un peu au-dessus du niveau du double fond, en communiquant de l'intérieur à l'extérieur, un conduit en ferblanc, dont l'extrémité se termine en entonnoir ; ce conduit est le conduit d'appel, c'est à son orifice que s'agitent les ailes du moulin.

F. Est fixé à l'intérieur et à l'opposé du conduit d'appel, c'est-à-dire à la partie la plus élevée du réservoir, un autre conduit en ferblanc, qui communique de l'intérieur à l'extérieur ; ce conduit est le conduit de départ, c'est lui qui porte l'air rafraîchi dans la chambre du malade.

Résumé.



Ce ventilateur se place dans une cour ou une antichambre; le conduit F, dit de départ, débouche seul dans la pièce du malade, en traversant le mur ou une cloison.

L'air atmosphérique, fouetté par les ailes du moulin, s'engouffre dans l'entonnoir du conduit d'appel, communique dans le réservoir A, traverse les orifices des claies, se rafraîchit sur la glace, puis poussé par une nouvelle colonne d'air, il sort par le conduit F., dit de départ.

Stanislas Martin,
pharmacien.

BONS EFFETS DE L'APPLICATION DES GRANDES VENTOUSES SÈCHES SUR LES PAROIS ABDOMINALES.

Chacun sait que les coliques nerveuses sont fréquemment une affection légère qui se dissipe d'elle-même, et que quelquefois aussi, parvenant à un haut degré d'intensité, elles peuvent être suivies d'une autre affection des plus graves, le volvulus, que le plus souvent on ne peut prévenir par les moyens usités. Depuis plusieurs années, nous employons de prime abord contre les coliques nerveuses les plus violentes, avec imminence de volvulus, l'application de grandes ventouses sèches sur les parois abdominales, moyen que les auteurs ne mentionnent pas dans cette circonstance, et qui alors nous a toujours paru agir à merveille. A ce sujet, nous pourrions citer un bon nombre de faits aussi concluants que ceux-ci.

Étienne Cavalier, âgé de 47 ans, d'un tempérament nerveux, domestique à Mouran, maison de campagne voisine de notre ville, fut réveillé subitement, le 23 septembre 1847, à deux heures du matin, par un mal de ventre; on lui appliqua aussitôt des linges chauds sur l'abdomen, et on lui fit prendre des infusions aromatiques, qu'il vomissait peu de temps après.

Arrivé chez lui à neuf heures du matin, nous le trouvâmes au lit, dans une agitation extrême, atteint des plus violentes coliques; il éprouvait, en outre, de continuelles envies de vomir; la face était pâle et altérée, le pouls petit et concentré. De suite, nous appliquâmes deux grandes ventouses sèches sur les régions ombilicale et hypogastrique. Trois minutes après, Cavalier nous disait se trouver mieux; au bout de dix minutes, il souffrait moins encore, et quand nous enlevâmes les

ventouses, vingt-cinq minutes après les avoir appliquées, il ne souffrait plus du tout.

Avant de le quitter, nous recommandâmes à sa femme d'appliquer de nouveau les ventouses, si le mal revenait.

Deux heures après notre départ, Cavalier recommençant à éprouver des coliques, on eut recours au même remède, dont l'emploi fut cette fois suivi d'une guérison radicale.

Lorsque nos malades atteints de cette affection n'ont pas été à la selle depuis plusieurs jours, nous ordonnons un lavement simple qui termine toujours la guérison, comme chez le sujet de l'observation suivante :

Le 4 du mois d'août 1848, à sept heures du soir, nous fûmes appelé pour la femme Mathieu, d'Agde, âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament extrêmement nerveux. Depuis deux jours elle avait commencé à se plaindre du ventre, après s'être plongée dans l'eau froide jusqu'à mi-corps, au retour d'un travail des plus pénibles. Depuis cinq heures du matin elle avait des nausées, et avait vomi plusieurs fois des matières alimentaires et bilieuses. Il y avait deux heures qu'elle ressentait de très-fortes coliques. Elle était très-abattue, agitée, et fort pâle ; le pouls était petit, concentré, et tout le corps un peu froid. (Point de selles depuis trois jours.) Sur-le-champ nous appliquâmes trois ventouses sèches sur les régions ombilicale et hypogastrique. Quelques instants après, cette femme ressentait un grand soulagement ; les ventouses restèrent appliquées pendant une demi-heure. Ce temps écoulé, il ne resta plus qu'une très-faible douleur ; une demi-heure après, on donna un lavement qui fut bientôt rendu en entraînant beaucoup de matières fécales ; la guérison fut alors complète.

A. Faure, D. M.
A Agde (Hérault).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Scléréme. — *Anatomie pathologique*. — Les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance, Underwood, MM. Rilliet et Barthez, Billard, Blache et Guersant, Trousseau, sont loin d'être d'accord sur la nature du scléréme. Les uns n'y voient rien autre chose qu'une forme particulière de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, et, partant de cette idée, donnent à la maladie qui nous occupe le nom d'œdème dur des nouveau-nés. Les autres, au contraire, affirment qu'il n'y a là rien autre chose qu'un endurcissement spécial du tissu

cellulaire, sans infiltration séreuse, sans œdème. Il semble que cette question, toute d'anatomie pathologique, soit facile à résoudre, et cependant la divergence des auteurs n'en continue pas moins. Les uns et les autres apportent, à l'appui de leur opinion, des recherches d'anatomie pathologique. L'observation qui suit tend à confirmer l'opinion de ceux qui ne voient, dans le sclérème, qu'une induration du tissu cellulaire, sans infiltration séreuse, sans œdème.

Une femme, accouchée depuis huit jours, entre à l'hôpital Necker, au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, avec son enfant atteint d'ictère. La coloration ictérique des téguments était aussi prononcée que possible. L'enfant n'était pas allaité. Il fut bientôt pris de diarrhée et de vomissements, et, après quelques jours, les pieds commençaient à durcir, ainsi que les jambes. Peu à peu l'induration gagna les cuisses, les bras, les joues, le nez. En essayant de produire une impression sur la peau avec le doigt, on n'y pouvait parvenir. La chaleur du corps s'était très-sensiblement abaissée. La respiration était libre. En auscultant la poitrine avec le plus grand soin, on n'entendait pas le moindre râle. L'enfant s'éteignit doucement, cinq jours après le commencement de l'endurcissement.

Une demi-heure avant d'ouvrir les cavités splanchniques, on fit une incision de toute la peau du corps, depuis les pieds jusqu'au ventre. Il ne s'écoula pas une seule goutte de sérosité. Le tissu adipeux était parfaitement sec, la graisse comme figée. Dans l'épaisseur des membres, le tissu cellulaire n'était pas non plus infiltré. On trouvait aussi un peu d'engouement pulmonaire, sans pneumonie.

Nous rapprocherons de ce fait un autre parfaitement semblable. Un enfant, âgé de cinq à six semaines, meurt également au cinquième jour d'un sclérème qui occupait tout le tissu cellulaire sous-cutané, et qui avait également débuté par les pieds et les jambes, pour gagner ensuite les cuisses, le tronc, les bras, et enfin le visage. La température générale s'était beaucoup abaissée, le refroidissement était considérable, même à la poitrine. L'enfant s'éteignit doucement au cinquième jour de la maladie.

A l'autopsie, on trouva les poumons engoués, mais sans pneumonie. Le tissu cellulaire et adipeux, incisé dans presque tous les points, était complétement sec. En le pressant même fortement, il était impossible d'en faire sortir une seule goutte de sérosité. La graisse était comme figée dans les cellules du tissu adipeux. Pendant la vie, on n'avait pu produire sur la peau aucune impression un peu persistante, même en pressant fortement avec le doigt.

Dyssenterie.—Administration de lavements de nitrate d'argent. — Guérison. — L'administration du nitrate d'argent dans les affections du gros intestin est une médication employée depuis assez peu de temps et qui compte déjà d'assez nombreux succès. A mesure qu'elle se généralisera, on reconnaîtra de plus en plus combien elle est puissante, et exempte de tous les inconvénients qu'on lui a attribués. Le nitrate d'argent peut être porté impunément dans le canal digestif comme il l'est tous les jours sur toutes les autres membranes muqueuses, et dans un canal beaucoup plus étroit et plus irritable, l'urètre. C'est aujourd'hui un fait irrévocablement acquis à la science.

L'observation qui suit montre quel avantage on peut retirer de l'administration de lavements de nitrate d'argent dans la dyssenterie. En même temps elle fait voir de quelle manière ils doivent être employés.

Une femme, âgée de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital Necker (salle Sainte-Anne, n° 5). D'une constitution assez robuste, habituellement bien portante, elle avait été prise depuis quinze jours d'une dyssenterie dont il est impossible d'indiquer la cause. Pendant les premiers jours de la maladie, elle avait des envies continuelles d'aller à la garderobe, souffrait vivement à chaque selle, qui était très-peu abondante, et composée de glaires ensanglantées. La fièvre était d'ailleurs assez modérée.

Sous l'influence d'un traitement actif et dont l'opium formait la principale base, la dyssenterie s'était rapidement amendée. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, les garderobes étaient beaucoup moins fréquentes, les douleurs moins vives. La malade n'allait plus que sept à huit fois par jour à la selle; mais les matières fécales étaient peu abondantes et toujours mélangées d'une très-grande quantité de mucus ensanglanté. Le ventre était un peu douloureux dans la direction du côlon descendant. Chaque évacuation s'accompagnait de douleur assez vive au niveau de l'anus. Le pouls était fréquent, la peau sans chaleur fébrile. On prescrivit un lavement ainsi composé :

Nitrate d'argent cristallisé....... 25 centigrammes.
Eau distillée.................. 200 grammes.

qui fut pris de la manière suivante : dès que le lavement de nitrate d'argent était administré, on donnait immédiatement un autre lavement composé d'environ 300 grammes d'eau tiède, afin de porter plus haut, d'étendre sur une plus grande surface de l'intestin la solution de nitrate d'argent.

Dès le lendemain l'amélioration était notable. Il n'y avait eu que trois garderobes, beaucoup moins glaireuses et moins ensanglantées.

La malade n'avait plus de ténesme. Le nitrate d'argent fut de nouveau prescrit et administré de la même manière.

Après quatre jours de traitement, les selles étaient redevenues normales. Elles ne contenaient plus ni mucus ni stries sanguines. La malade allait chaque jour une seule fois à la garderobe, sans douleur. On put, sans inconvénient, augmenter la quantité assez faible d'aliments qu'elle avait prise jusqu'alors. Dans le cours de sa convalescence et à l'occasion de quelques écarts de régime, la diarrhée reparut quelquefois, mêlée de stries sanguines, mais sans mucus. Elle céda toujours *et immédiatement* à un lavement de nitrate d'argent, suivi le lendemain d'un simple lavement d'amidon. La malade quitta l'hôpital, parfaitement guérie.

Ce fait ne montre pas seulement l'efficacité des lavements de nitrate d'argent, il fait voir en même temps leur innocuité, qu'on a si longtemps et à tort contestée. Une dose assez forte de nitrate d'argent a pu être injectée dans le rectum et le côlon, sans déterminer le moindre accident, soit immédiat, soit consécutif. Il a agi sur la membrane muqueuse de ces parties de la même manière qu'il agit sur celle de l'urètre, sur la conjonctive, sur toutes celles où on l'applique.

Phlegmatia alba dolens. — Mort. — Phlébite avec oblitération de la veine iliaque droite. — Les auteurs sont encore en discussion sur la question de savoir à quelle cause anatomique doit être rapporté l'état connu sous le nom de phlegmatia alba dolens, ou œdème aigu douloureux. Les uns y voient le résultat d'altérations anatomiques fort diverses, de phlegmasies occupant soit les vaisseaux sanguins, soit les vaisseaux lymphatiques, soit même le tissu cellulaire. Les autres, au contraire, s'appuyant principalement sur les recherches de MM. Trousseau, Bouillaud et Velpeau, admettent que la phlegmatia alba dolens est toujours liée à une phlébite qui a amené une oblitération complète ou incomplète de la veine enflammée. Le fait que nous allons rapporter tend à confirmer cette dernière opinion, qui s'appuie d'ailleurs sur les observations à la fois les plus nombreuses et les plus concluantes.

Prevot (Louise), domestique, âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital Necker, service de M. Trousseau, au n° 11 de la salle Sainte-Anne. Elle est accouchée il y a un mois. Le travail a été fort long et a nécessité l'emploi du forceps. Quinze jours après son accouchement, elle a été prise de phlegmatia alba dolens, qui s'est accompagnée de fièvre, et l'a obligée à garder le lit. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate une tuméfaction œdémateuse de tout le membre ab-

dominal droit. La pression produit une très-vive douleur à la partie postérieure et au tiers supérieur de la jambe droite. Le ventre est souple et indolent. La fièvre est vive, l'oppression considérable. L'auscultation permet de reconnaître une pneumonie qui occupe le côté droit dans toute son étendue, avec épanchement pleurétique à la partie inférieure. On pratique deux saignées. Le sang est fortement couenneux. On administre l'ipécacuanha, on donne de la tisane pectorale.

Malgré l'emploi de ces moyens et l'application d'un large vésicatoire dans le dos, la maladie fait de très-rapides progrès. La pneumonie augmente, et avec elle l'oppression et la fièvre. Le pouls devient petit et dépressible, tout en conservant une extrême fréquence. L'adynamie se prononce, la peau s'excorie au niveau du sacrum, la respiration s'embarrasse de plus en plus, quelques phénomènes cérébraux apparaissent, et la malade succombe bientôt, six jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie est faite vingt heures après la mort. — La veine iliaque primitive droite jusqu'à sa jonction avec la veine cave, l'iliaque externe, la fémorale jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, sont complétement oblitérées. La veine fémorale est vide jusqu'à la poplitée. Toutes les veines profondes de la jambe droite sont oblitérées. Dans l'iliaque primitive, l'oblitération est constituée par une masse fibrineuse contenant une notable quantité de liquide analogue à du pus séreux. La périphérie de la couche fibrineuse est, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, adhérente aux parois veineuses, comme une fausse membrane le serait avec la plèvre. Dans ce point les parois veineuses sont épaisses et rigides comme celles d'une grosse artère, mais sans rougeur. Immédiatement au-dessous, un liquide puriforme remplit la veine, et plus bas, l'oblitération est causée par un gros caillot en partie fibrineux, en partie cruorique. Les caillots des veines profondes de la jambe sont en partie fibrineux, en partie cruoriques.

Thorax. — Epanchement purulent à droite. Pneumonie du même côté avec petits foyers purulents disséminés, entourés de noyaux péripneumoniques, dans les deux poumons. — Tous les viscères de l'abdomen sont parfaitement sains. Pas d'oblitération ni d'inflammation appréciables des sinus utérins. Aucune altération à la surface interne, ni dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

APHONIE (*Bons effets des fumées de benjoin dans le traitement de l'*). On trouve dans le Provincial Journal of med. deux observations de ce genre, qui méritent de fixer l'attention. La première et la plus concluante a trait à une dame de moyen âge, non mariée, qui avait perdu la voix depuis douze ans, et qui avait la plus grande peine à se faire entendre. Pas de toux ni de traces d'affection inflammatoire ou d'altération organique du larynx. C'était une personne nerveuse et chez laquelle plusieurs médecins avaient rattaché l'aphonie à l'hystérie. Après avoir essayé beaucoup de traitements sans succès, on lui conseilla de fumer du benjoin. Après quatre mois de persévérance dans l'emploi de ce moyen, la voix avait complètement reparu. L'amélioration avait été graduelle. — Voici maintenant le mode de préparation de ces *cigarettes au benjoin* : On prend une feuille de papier-brouillard blanc et épais que l'on imprègne avec une solution saturée de nitrate de potasse; puis cette feuille est mise à sécher, et une fois sèche, on étend dessus une couche de teinture composée de benjoin. Enfin le papier est taillé en petits morceaux de trois pouces de long sur un pouce et quart de large, que l'on roule comme des cigarettes ordinaires. Le papier, en brûlant, répand des vapeurs blanches épaisses qu'il faut aspirer autant que possible.

COLLODION, ou *solution éthérée de coton-poudre. Ses usages en chirurgie.* Voici une découverte susceptible des plus belles applications en chirurgie, et à laquelle on ne saurait donner une publicité ni trop prompte, ni trop grande... si elle est vraie. Il s'agit d'une nouvelle substance résultant de l'action de l'éther sur le coton-poudre, substance qui, en se desséchant, forme un vernis solide, imperméable à l'humidité, résistant même à la chaleur; en sorte qu'on pourrait s'en servir avantageusement pour la reunion par première intention, même pour remplacer les sutures. Son inventeur la présente également comme très-propre au traitement des morsures de sangsues, des coupures, des gerçures du mamelon, des engelures, etc. En somme, le *collodion*, nom qui a été donné à cette nouvelle substance, outre qu'il remplacerait les bandelettes, les sutures, épingles, aiguilles, et liens de toute sorte, servirait encore en prothèse chirurgicale pour tous les cas où il peut être nécessaire de coller des pièces à l'abri de l'humidité... Il se présente cependant une difficulté qui nous force à rester dans une grande réserve sur les merveilleuses propriétés de ce corps et les immenses avantages qu'il offrirait à la pratique, c'est qu'il est douteux encore que ce corps existe. Malgré les plus persévérantes recherches, les plus habiles chimistes de la pharmacie centrale n'ont pu parvenir encore à dissoudre le coton-poudre par l'éther, et encore moins à le transformer en quoi que ce soit qui ressemble à une substance adhésive.

CONVULSIONS *chez les enfants* (*Traitement des*). Il y a deux points importants à considérer dans le traitement des convulsions, savoir, le traitement de la convulsion en elle-même, en tant qu'attaque éclamptique, ordinairement rapide, d'une durée de quelques minutes seulement, quelquefois cependant pouvant se prolonger un jour, deux jours, comme nous en avons vu récemment un exemple, et même plus longtemps; et le traitement de la disposition morbide habituelle, en vertu de laquelle se manifestent ces attaques. Tous les praticiens sont généralement d'accord sur la nécessité de combattre la disposition spéciale de certains enfants aux attaques convulsives par un ensemble de moyens hygiéniques ou thérapeutiques susceptibles de modifier plus ou moins profondément l'etat général de l'économie. Cette nécessité doit être surtout plus vivement sentie depuis que M. Duclos, dans les belles recherches que nous avons fait connaître sur les convulsions, a signalé les conséquences ordinaires ou possibles de l'eclampsie chez les enfants, et le danger qu'il y a à négliger de s'opposer de bonne heure à la répétition des accès convulsifs. Or, quels sont les meilleurs

moyens d'atteindre ce résultat? C'est, suivant M. le professeur Trousseau, de soustraire les enfants éclamptiques à l'influence de toutes les impressions vives, telles que le bruit, la lumière, le réveil brusque, etc., de ménager, en un mot, les sensations rapides et violentes. Comme moyens thérapeutiques, M. Trousseau recommande et met en pratique l'usage des bains froids, des immersions froides et rapides, auxquels il joint, suivant les circonstances, les stupéfiants et les antispasmodiques, la belladone, le laudanum, l'éther, etc.

Un traitement spécial est rarement utile ou applicable pendant l'accès, tant cet accès est ordinairement rapide et transitoire. Mais a-t-on affaire à ces accès sous forme tétanique, qui se prolongent plusieurs heures et même plusieurs jours, l'embarras du praticien peut devenir quelquefois très-grand, car dans ces cas graves les antispasmodiques et la plupart des moyens usités en pareille occurrence restent presque toujours sans résultat. M. Trousseau, en pareil cas, n'hésiterait pas, dit-il, à recourir à l'éthérisation, en se servant de préférence du chloroforme pendant plusieurs minutes, jusqu'à résolution complète. Serait-il prudent de suivre ce conseil? Bien que nous y fussions disposé, nous avouerons toutefois qu'il y aurait quelques motifs d'hésiter, en présence des opinions contradictoires qui ont été émises sur ce sujet et des quelques faits qui sembleraient n'être nullement favorables à l'emploi des agents anesthésiques dans les affections de nature convulsive. Toujours est-il qu'avant de nous décider pour l'emploi d'un semblable agent, nous croirions devoir recourir à un moyen qui nous a parfaitement réussi tout récemment chez un jeune enfant qui était depuis deux jours dans un état cataleptique dont rien n'avait pu le faire sortir; il nous suffit de plonger l'enfant dans un bain fortement sinapisé, pour qu'au bout de quelques instants il rouvrît les yeux et reprît peu à peu ses sens et sa santé ordinaire. — La question de l'application des agents anesthésiques aux affections nerveuses est d'ailleurs loin d'être résolue; elle est même à peine posée, et ce sera là le sujet de l'une de nos plus prochaines études. (*Gazette des hôpitaux*, août 1848.)

FISTULE SALIVAIRE *du conduit de Sténon guérie au moyen de l'autoplastie par glissement.* Nous avons publié l'année dernière (voir tome XXXIII, page 152), un cas remarquable de guérison de fistule salivaire secondaire, obtenue par M. Jobert, à l'aide d'un procédé ingénieux, qui consiste à déterminer la formation d'un trajet fistuleux interne dans l'épaisseur de la joue, au moyen d'un séton. Cet habile chirurgien vient d'obtenir un succès non moins remarquable en combinant avec ce même moyen son procédé d'autoplastie par glissement.

Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une fluxion déterminée par une carie dentaire, vit se développer, à la surface externe de la joue droite, une petite grosseur qui atteignit en quelques jours le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur ne tarda pas à s'ouvrir d'elle-même, et il en résulta une fistule livrant passage à la salive. Cette fistule provenait d'une solution de continuité qui intéressait le conduit de Sténon à l'endroit où il se coude pour s'enfoncer sous le muscle buccinateur; la portion de ce conduit, située en arrière de la fistule, était parfaitement libre; la portion située en avant, au contraire, était oblitérée et représentée par une bride fibreuse existant à la face interne de la joue.

Après avoir soumis ce malade à l'action du chloroforme, M. Jobert l'opéra de la manière suivante : il commença par enlever, au moyen du bistouri, tout le tissu fongueux et saillant dont le centre était occupé par l'orifice de la fistule. Cela fait, il pratiqua dans le même endroit une perte de substance comprenant toute l'épaisseur de la joue. Il introduisit dans cette ouverture artificielle une mèche en coton longue d'un pouce et grosse comme un tuyau de plume. Cette mèche, qui portait un fil à chaque extrémité, fut placée de manière à faire saillie presque en totalité à l'intérieur de la bouche, n'étant engagée par l'une de ses extrémités que dans la partie la plus profonde de la plaie. L'un des fils ressortait par la bouche et l'autre par la solution de continuité de la joue. Le chirurgien détacha ensuite, à l'aide d'un bistouri, toute la peau circonscrivant la plaie, afin de favoriser son déplacement, puis il réunit le tissu autoplastique ainsi formé au moyen d'épingles et de fils cirés. Le pansement consista en l'application de rondelles d'agaric, de

compresses, le tout maintenu par une bande assez fortement serrée. (Diète et silence absolu.)

Les trois premiers jours il ne se passa rien de remarquable. Le quatrième jour la mèche fut retirée, mais on laissa les épingles; celles-ci furent extraites, une le cinquième jour, une le sixième, les deux autres le huitième; à cette époque la réunion était complète, sauf en un point; on y établit une légère compression. Le malade, interrogé sur son état, dit qu'il sent la salive couler par la bouche; il n'en sort pas une goutte à l'extérieur. Le 12 mars, après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, le point non réuni est cicatrisé et le malade est guéri. Il sort le 15 mars, ne présentant aucune induration, aucun gonflement du tissu. La salive s'écoule librement et facilement par la bouche; il ne reste d'autre difformité à la joue qu'une cicatrice linéaire provenant de la suture. (*Union médicale*, juillet 1848.)

GANGRÈNE *des extrémités* (*Deux amputations successives pratiquées dans un cas de*); *guérison*. On sait quelle violente discussion a suscitée entre les chirurgiens la question des amputations dans les cas de gangrène : les uns, et c'est le plus grand nombre, ont soutenu que l'amputation ne devait pas être pratiquée avant la limitation de la gangrène, avant la formation du cercle inflammatoire; les autres ont prétendu que l'amputation pouvait être pratiquée d'une manière immédiate, toutes les fois qu'elle était réclamée soit par l'extension graduelle de la maladie, soit par la perte rapide des forces des malades. Aujourd'hui la première doctrine a généralement prévalu, et l'on trouverait difficilement un chirurgien qui pratiquât une amputation dans un cas de gangrène non limitée, excepté lorsque la gangrène est sur le point d'envahir les parties les plus rapprochées du tronc. On trouve même, dans les auteurs, que les amputations secondaires, pratiquées dans les cas de cette espèce, où le moignon a été lui-même frappé de sphacèle, ont rarement été suivies de succès. On verra cette proposition démentie par l'observation suivante, qui offre en même temps un bel exemple de cette forme de gangrène, appelée si improprement *sénile*, observée chez un jeune sujet. — Un jeune homme de 21 ans fut confié aux soins du docteur A. Fiddes : il se plaignait de douleurs vers le pied gauche, qui était, en effet, d'une couleur livide, et d'une température plus basse que celle du pied opposé. Le petit orteil était noir, sec et insensible. Le tendon d'Achille portait les traces d'une cicatrice ancienne, qui avait eu pour résultat la rétraction des muscles du mollet, et la production d'une espèce de pied-bot. Sous l'influence des cataplasmes souvent renouvelés, l'orteil mortifié se sépara; la plaie se cicatrisa, et le jeune homme put recommencer à marcher, quoique toujours avec douleur, avec difficulté. Deux ans après, il parut une tache noire sur le point cicatriciel qui remplaçait le petit orteil; en outre, les douleurs devinrent extrêmement vives. Bientôt le pied prit une coloration pourprée, devint froid et insensible. L'ancienne cicatrice du talon se déchira, et tous les muscles du membre entrèrent dans une espèce de raideur douloureuse. En parcourant le système artériel avec le doigt et avec le stéthoscope, on ne percevait ni bruits ni battements sur toutes les artères du membre affecté, jusques au niveau de la bifurcation de l'aorte. Quels que fussent les moyens employés, la gangrène fit de rapides progrès. Deux mois après, tous les orteils avaient été successivement frappés de mort. Le pied et la partie inférieure de la jambe offraient une coloration violacée, et étaient le siége de douleurs intolérables. Quinze jours après, la gangrène avait gagné le cou-de-pied. Rien n'annonçait qu'elle dût se limiter. Les forces du malade diminuaient de jour en jour. La bouche se couvrait d'ulcérations aphtheuses, et la fièvre hectique était déclarée. Dans ces circonstances, et sans avoir grand espoir de succès, le docteur Fiddes se décida à pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La peau, les aponévroses, les muscles qui formaient les lambeaux, paraissaient sains. Cependant, il y eut à peine de l'hémorrhagie, et on ne trouva pas un vaisseau qu'il fallût lier. En disséquant le système vasculaire du membre qui avait été détaché, on en reconnut le motif : toutes les artères avaient perdu jusqu'à la dernière trace de leur disposition canaliculée, et on ne les reconnaissait qu'à des espèces de filaments ligamenteux, durs et jaunâtres. Les veines n'é-

taient pas oblitérées, mais étaient épaissies et diminuées de calibre. Deux jours après l'opération, tout le lambeau antérieur était frappé de mort; et lorsque les parties gangrénées eurent été détachées, vingt jours après, on put reconnaître le tibia et le péroné, dépouillés de leur périoste, et faisant une très-forte saillie. Quoique cette opération eût été pratiquée dans des circonstances si défavorables, la santé générale n'en parut pas troublée; au contraire, le malade reprit des forces et le sommeil. Cinquante-quatre jours après la première opération, l'auteur se décida à débarrasser le malade de ce moignon irrégulier, qui ne pouvait lui être d'aucune utilité; l'amputation fut pratiquée à la partie moyenne de la cuisse. Cette fois les parties coupées fournirent du sang en abondance, et il fallut lier deux artères, une musculaire, et l'autre considérable, placée au centre du nerf sciatique. L'artère fémorale, ainsi que le prouva la dissection, était entièrement transformée en segments osseux, blanchâtres et compacts, soudés les uns aux autres par une substance fibreuse jaunâtre. Les suites de l'amputation furent naturelles. Un mois après, le malade marchait parfaitement avec une jambe de bois. Rien n'annonçait que le moignon eût une circulation incomplète. (*Monthly Journal*, mars 1848.)

HÉMOSTATIQUE *nouveau et simple contre les épistaxis.* Plus les moyens de remédier à une maladie ou à un accident sont simples et faciles à mettre à exécution, plus nous mettons d'empressement à les porter à la connaissance de nos lecteurs. A ce titre, rien de plus digne de leur être soumis que le moyen suivant imaginé par M. le docteur Meulewaeter pour arrêter les épistaxis rebelles. « Je fais, dit-il, renifler au malade du *lait doux*, l'écoulement sanguin s'arrête aussitôt. — Des compresses trempées dans du lait arrêtent également les hémorrhagies résultant de piqûres de sangsues. »—Reste à savoir si ce moyen, remarquable de simplicité, jouira toujours de l'efficacité que lui a reconnue M. Meulewaeter. L'épreuve en est si facile à faire, que tout praticien pourra, à la première occasion, se donner la satisfaction de se fixer à cet égard. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand.*)

HYDARTHROSE *chronique du genou. Innocuité du séjour prolongé de l'injection iodée dans l'articulation.* Lorsque l'hydropisie de la synoviale a résisté à la compression, aux larges vésicatoires, aux douches, etc., la seule ressource thérapeutique qui reste pour en triompher est l'emploi d'une injection iodée. Nous avons fourni, pour notre compte, bon nombre d'exemples de succès de cette méthode. En citer de nouveaux ne serait pas inutile, car beaucoup de chirurgiens n'osent encore y avoir recours. Voici un fait qui montre dans tout son jour l'innocuité de ce mode de traitement, en même temps qu'il répond à une question que tous les chirurgiens ont dû se poser avant de pratiquer leur première injection : ce qu'il adviendrait de son séjour dans l'articulation, si par une circonstance quelconque on ne pouvait plus l'en faire ressortir. C'est ce qui est arrivé dans le cas suivant. Une jeune fille de dix-sept ans, affectée depuis dix-huit mois d'une hydarthrose du genou, est admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Après s'être convaincu de l'inefficacité des larges vésicatoires et de la compression, **M. Barrier** résolut d'attaquer cette affection par l'injection iodée, qui dans quatre autres circonstances avait été suivie d'un plein succès. Le **15** mai l'injection fut faite ; elle était composée de **50** grammes de liquide, **50** grammes, parties égales d'alcool camphré et de teinture d'iode. Mais au moment de vider l'articulation, la canule avait quitté l'ouverture de la sereuse, et malgré toutes les tentatives, il fallut laisser dans l'articulation le liquide injecté. Toutefois, comme on pouvait, en ponctionnant la tumeur, donner issue au liquide, si l'inflammation devenait trop vive, **M. Barrier** résolut d'attendre la nécessité d'agir. Mais il n'en fut rien ; pas la moindre réaction générale ne se manifesta, et, quoique vive, l'inflammation ne fut jamais alarmante et céda à des applications émollientes. Sous leur influence, la douleur se dissipa graduellement, l'état général se maintint toujours le même. Déjà, vers le cinquième jour, la malade ne ressentait plus que de très légères douleurs dans l'articulation. Jusque-là la tuméfaction n'avait pas diminué de volume; mais bientôt elle commença à se résoudre, la dou-

leur disparut totalement, la difficulté de la marche devint moins prononcée; et le 23 juin, lorsque cette jeune fille quitta l'Hôtel-Dieu, la résolution était complète et la marche était facile. Avant de publier cette observation intéressante, M. Philippeaux a revu la malade, afin de s'assurer que la cure se maintenait. L'inflammation, toujours modérée, qui est résultée du séjour prolongé du liquide iodé dans l'articulation, est certes le fait le plus concluant qui puisse être fourni de l'innocuité de cette méthode de traitement, mais il importe d'y avoir recours seulement dans les cas d'hydarthroses chroniques simples, alors qu'il n'existe aucun symtôme de dégénérescence des tissus de l'appareil ligamenteux. Comme pour toutes les médications héroïques, ses bons effets reposent sur une question de diagnostic. (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1848.)

NITRATE D'ARGENT (*Des injections de*) *comme traitement de l'inflammation chronique de la vessie.* Bien que les injections médicamenteuses et caustiques aient été proposées à diverses époques dans le traitement de la cystite chronique et du catarrhe vésical, et dans ces derniers temps par M. Bretonneau en particulier, on peut dire que ce moyen a eu beaucoup de peine à se naturaliser dans la pratique ordinaire de la chirurgie. Toutefois ceux qui l'ont employé ont eu tellement à s'en louer, qu'on est toujours tenté de s'étonner d'un oubli aussi injuste. C'est dans le but de rappeler l'attention sur ce point que nous croyons devoir faire connaître les observations et les réflexions publiées récemment par M. le docteur Robert Mac Donell, dans le British American Journal. M. Mac Donnell n'a employé cette méthode que dans des cas de cystite chronique *non compliquée*, mais très-ancienne, ou qui avait résisté à une foule de traitements. Il cite quatre observations : la première d'un homme qui souffrait depuis plusieurs mois d'une inflammation de la vessie avec ténesme vésical, chaleur et douleur en urinant, sensibilité à la région hypogastrique et au périnée, sensation constante de chaleur et de poids à la partie inférieure de l'abdomen. Les symptômes prirent peu à peu beaucoup d'intensité. L'urine devint d'abord sanguinolente, et plus tard purulente; le besoin d'uriner se faisait sentir au moins tous les quarts d'heure, et l'émission des urines s'accompagnait de douleur et de constriction au col de la vessie et sur tout le trajet de l'urètre. Bientôt la santé générale s'altéra ; le sommeil disparut et le malade, miné par la fièvre hectique, s'amoindrissait tous les jours. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, la moitié des urines était composée de pus, et après le repos, on trouvait entre le pus et l'urine alcaline et fétide qui surnageait, un grand nombre de globules sanguins. Il existait un rétrécissement de l'urètre d'origine assez ancienne à un pouce de l'orifice externe. En outre, l'urine était souvent chargée de masses tenaces de lymphe plastique, qui mettaient complétement obstacle au passage de l'urine, et que le malade retirait lui-même avec les doigts. Après avoir dilaté le canal, le docteur Mac Donnell injecta dans la vessie une solution composée comme suit :

Pr. Nitrate d'argent cristallisé 40 centig.
Teinture de jusquiame.. 8 gr.
Eau distillée.......... 120 gr.

Cette injection n'occasionna d'autre inconvénient que de provoquer le besoin d'uriner, ce à quoi on remédia en comprimant le pénis pendant une minute. Le lendemain le malade était déjà mieux ; toutefois les urines étaient encore chargées de pus et de sang, et les fausses membranes étaient plus épaisses. Comme l'amélioration n'était pas aussi rapide que l'auteur le désirait, il pratiqua, dix-huit jours après, une nouvelle injection, mais cette fois avec le double de nitrate d'argent et sans teinture de jusquiame. Amélioration immédiate : miction moins fréquente, diminution de la quantité de pus dans les urines. Vingt-trois jours après, nouvelle injection semblable à la seconde : résultat toujours de plus en plus favorable. L'urine était gardée pendant trois ou quatre heures et expulsée sans douleur. Vingt jours après, quatrième et dernière injection ; disparition des derniers symptômes. A partir de ce moment, le malade a pu reprendre ses habitudes ordinaires.—Chez le second malade, M. Mac Donnell a commencé par une injection de 80 centigrammes de nitrate d'argent dans 120 grammes d'eau distillée. Disparition immédiate de la douleur, qui durait depuis trois

ans. Pas de chaleur, de brûlure ou de gène en urinant, besoins d'uriner moins fréquents, urine moins chargée de pus et débarrassée des globules sanguins, nuits tranquilles. Quinze jours après, nouvelle injection vésicale avec la même quantité de nitrate d'argent. Urine rendue à des intervalles éloignés et ne contenant pas de pus. Retour des forces et de la santé générale. — Le troisième malade, âgé de trente-six ans, affecté d'une paraplégie consécutive à un accident, avait en même temps une paralysie de la vessie, et des urines chargées d'un mucus tenace, fétide et de matière purulente. Sous l'influence d'un traitement convenable, les accidents paraplégiques se modifièrent sensiblement; mais l'urine resta chargée de pus, et le malade la rendait avec une vive douleur. Les balsamiques et le copahu à l'intérieur diminuèrent d'abord la quantité de pus; mais il fallut bientôt recourir à d'autres moyens. Cette fois, l'auteur n'employa que 5 centigrammes par 30 grammes. Deux injections achevèrent le traitement. —Enfin, le quatrième malade, âgé de trente ans, atteint d'une cystite consécutive à une blennorrhagie, fut traité de même. Trois injections firent justice de la maladie, qui avait déjà été traitée par les moyens ordinairement dirigés contre la cystite. — M. Mac Donnell recommande, avant de pratiquer l'injection, de laver la vessie et de la débarrasser de l'urine fétide ou du mucus qu'elle peut contenir, par une injection d'eau à une bonne température, que l'on pousse avec une seringue dans une sonde de gomme élastique du n° 9 ou 10. La solution caustique est introduite ensuite, et on la laisse séjourner pendant une minute, en ayant soin de comprimer l'urètre. La quantité de la solution ne doit pas excéder 120 grammes, parce que la vessie enflammée peut difficilement se laisser distendre. Ensuite le malade est mis dans un bain chaud, et si l'urine est chargée de sang ou de fausses membranes épaisses, on emploie des cataplasmes et des fomentations. Il est rare que les symptômes produits par l'injection durent plus de quelques heures, et le malade doit toujours être prévenu des conséquences immédiates et inévitables de cette injection. Jamais l'auteur n'a observé, à la suite, de rétention d'urine pas plus que d'autres accidents qui aient résisté à l'emploi de quelques calmants. (*Ranking's Half-Yearly abstract of med.*, janvier-juin. 1848.)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE (*Ponction de la vessie pratiquée avec succès dans un cas de*). Si les chirurgiens du dernier siècle avaient peut-être trop de facilité à pratiquer la ponction de la vessie dans le cas d'obstacle considérable au passage de l'urine dans le canal de l'urètre, nul doute que les chirurgiens modernes ne pèchent par l'excès contraire quand ils réprouvent en quelque sorte cette opération. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs une observation qui nous paraît propre à éclairer cette difficile question. Un homme de cinquante-quatre ans entra à l'hôpital de Londres le 16 septembre dernier. Il avait eu, à l'âge de dix-sept ans et pendant qu'il était marin, plusieurs gonorrhées dont le résultat avait été, trois ans après, la production d'un rétrécissement de l'urètre, rétrécissement pour lequel il avait été en traitement pendant trois mois, et à la suite duquel il avait toujours conservé beaucoup de difficulté à uriner. Au moment où il entra à l'hôpital, il ne pouvait pas rendre une seule goutte d'urine. La vessie remontait jusqu'à l'ombilic; le cathéter ne pouvait pas pénétrer dans la vessie, et le périnée était fortement épaissi et déformé par la maladie. Il n'y avait pas un moment à perdre : M. Luke ponctionna la vessie immédiatement au-dessus du pubis et retira cinq pintes d'urine. La canule fut laissée à demeure, et on administra trente gouttes de teinture d'opium. La nuit fut tranquille; l'urine coula facilement par la canule. Le lendemain, on appliqua vingt sangsues au périnée. Chaque jour on fit des tentatives modérées pour pénétrer dans la vessie avec un cathéter; elles furent inutiles. Ce fut seulement quatorze jours après que quelques gouttes d'urine commencèrent à passer par le canal. Dans le courant des mois d'octobre et de novembre, il se forma successivement plusieurs abcès au périnée et un abcès près le col de la vessie, dont le pus se fit jour dans cette cavité. Ce fut seulement le 15 décembre, c'est-à-dire près de trois mois après la ponction, que l'on put introduire une sonde dans la vessie. A partir de ce moment, tous les accidents al-

lèrent en diminuant. Vers la fin de janvier, le malade était en convalescence. Il est sorti parfaitement guéri le 8 février. (*The Lancet*, mars 1848.)

SCARLATINE (*Emploi des onctions avec des corps gras dans le traitement de la*). La scarlatine, comme la plupart des maladies aiguës éruptives, n'exige que peu ou point de traitement. Il n'est pas un praticien qui ne soit parfaitement fixé à cet égard. Ce n'est donc pas d'un remède contre la scarlatine dont il s'agit de se préoccuper, mais d'un moyen d'obvier à quelques-uns des inconvénients inhérents à l'éruption scarlatineuse, et des accidents qui peuvent se manifester pendant le cours de l'éruption et spécialement à l'époque de sa desquamation. Cette époque est, en effet, la plus critique de toutes les phases de la maladie. Si l'on pouvait supprimer cette période de la desquamation, s'est dit M. Schneemann, on obvierait nécessairement à tous les accidents qu'elle entraîne; c'est le but qu'il s'est proposé d'atteindre par le moyen fort simple et fort vulgaire qui nous reste à faire connaître.

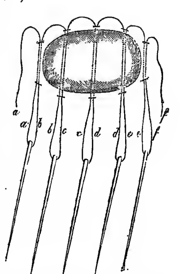
Dès le premier jour de l'éruption scarlatineuse, M. Schneemann fait frotter, matin et soir, tout le corps du malade avec un morceau de *lard*, que l'on incise et que l'on chauffe légèrement, afin de faciliter la sortie de la graisse. Ces onctions se font lentement et avec beaucoup de soin sous la couverture du lit, de manière à ne point découvrir le malade. Sous l'influence de ces onctions répétées, tous les symptômes graves disparaissent avec une extrême rapidité; le sommeil devient calme, l'appétit renaît, la soif est nulle, l'humeur redevient gaie, etc. Les avantages qu'ont spécialement ces onctions, suivant l'auteur, sont d'éviter tout refroidissement, d'empêcher la raideur et la sécheresse de la peau, ainsi que la démangeaison et le désir de se gratter; enfin, et par-dessus tout, de conserver à la peau ses fonctions de perspiration, de telle sorte qu'on arrive au but désiré, c'est-à-dire la disparition complète de la période de desquamation.

Cela revient à peu près, comme on le voit, à l'action des applications d'axonge dans l'érysipèle. Il y a toute apparence qu'on obtiendrait les mêmes résultats par ce dernier moyen plus simple et plus facile à manier. (*Gaz. médic. de Strasbourg.*)

SURDITÉ. *Sur un nouveau mode de traitement de la surdité causée par la perforation de la membrane du tympan, avec ou sans écoulement par l'oreille.*—La perforation de la membrane du tympan, et la surdité qui en est la suite, n'ont pas encore été l'objet d'une attention particulière. De là, sans doute, l'insuffisance du traitement mis en usage dans ce cas. On sait, en effet, que l'on se borne, en général, à débarrasser la cavité tympanique du pus ou du mucus qu'elle contient, soit en faisant des injections, soit en rétablissant le passage de l'air dans la trompe d'Eustache, au moyen du cathétérisme. Ces moyens réussissent souvent à apporter un soulagement momentané, dans les cas où la cavité tympanique est obstruée. Mais toutes les fois qu'il n'existe rien de pareil, ils échouent complétement. Il était bien extraordinaire, toutefois, que personne n'eût songé à réparer artificiellement la membrane tympanique. Comme on va le voir, il y avait là un moyen simple et facile, à la portée de tout le monde. Le docteur James Yearsley, qui appelle aujourd'hui l'attention du public sur ce nouveau traitement, n'en est pas l'inventeur; et c'est à un malade atteint lui-même de surdité, qu'il en doit la communication. Il fut consulté, en 1841, par un Américain de New-York, qui était sourd dès sa plus tendre enfance, et chez lequel il trouva une désorganisation profonde de la cavité tympanique des deux côtés. Il en fit la remarque au malade: celui-ci lui apprit que l'oreille gauche lui rendait encore de grands services, à l'aide d'un moyen très-simple. Ce moyen, qui n'était rien moins qu'un mystère, consistait à introduire dans le canal auditif, et à porter jusqu'au fond de ce conduit, un petit morceau de papier, dont l'extrémité avait été préalablement mouillée avec de la salive. L'effet, dit-il, était immédiat et se continuait souvent pendant une heure, un jour, et même une semaine, sans qu'il fût nécessaire de recourir à une nouvelle introduction. Frappé de cette circonstance, l'auteur se proposa de vérifier les effets de ce procédé chez d'autres malades. Une jeune personne, sourde depuis son enfance, à la suite de la scarla-

tine, lui fournit bientôt cette occasion. Seulement, au lieu d'employer un morceau de papier, il employa une petite boulette de coton mouillé, qu'il porta au fond du canal auditif, jusques au contact de la petite portion de la membrane du tympan qui n'avait pas été détruite. Le résultat fut merveilleux : le jour même, cette jeune fille prit part à la conversation, tandis qu'auparavant elle y était toujours étrangère. De jour en jour ce succès se confirma, et la malade, qui apprit à s'appliquer la boulette de coton, se considéra comme définitivement guérie. Dans un autre cas, chez un homme jeune encore, atteint de surdité à la suite d'une scarlatine, et chez lequel il existait depuis très-longtemps un écoulement par les deux oreilles, l'effet du coton fut très-remarquable : les sons lui paraissaient d'abord si forts, disait-il, qu'il était souvent obligé de se boucher les oreilles, sous peine d'en être incommodé. Peu à peu il s'y habitua, et aujourd'hui il a recours à ce moyen toutes les fois qu'il veut entretenir une conversation. Dans le commencement, la petite boulette avait determiné un peu d'irritation, et il fallut y renoncer pendant quelques jours. La quantité de coton à employer doit être très-petite : on le trempe d'abord dans un liquide, sans le comprimer, et on le pousse doucement dans le conduit auditif avec la pointe d'un stylet. Il n'est pas bien facile d'indiquer le point où il faut placer le coton : c'est l'habitude qui sert de guide. Il est toujours un point dans lequel le coton restitue la faculté auditive, tandis que dans un autre il l'étouffe en quelque sorte. L'humidité est absolument nécessaire; et si le coton est sec, il trouble l'audition au lieu de la faciliter. Comme les médecins ne peuvent pas être toujours en contact avec les malades, il convient de dresser ceux-ci à enlever eux-mêmes le coton qui a séché, et à replacer, soir et matin, ou le matin seulement, le coton humide. L'auteur dit avoir traité de cette manière près de deux cents individus, qui tous s'en sont bien trouvés. La jeune personne qui fait le sujet de la première observation emploie, depuis cinq ans, le petit bourrelet de coton avec le même avantage. (*The Lancet*, juillet 1848.)

TUMEURS ÉRECTILES (*Nouveau procédé de ligature des*). Ce procédé,



que l'on doit à M. Luke, chirurgien de l'hôpital de Londres, est une modification assez ingénieuse des procédés de ligature déjà mis en usage contre certaines tumeurs, dans le but de les fractionner et d'en rendre la chute plus rapide, par la petite étendue des tissus qui sont compris dans l'anse de la ligature. Voici en quoi il consiste : on se procure un très-long et très-fort fil de soie sur lequel on enfile, à une distance de 12 à 14 pouces, plusieurs aiguilles droites ou courbes, suivant la disposition de la tumeur. (Le nombre de ces aiguilles varie avec les dimensions de la tumeur; mais il doit toujours être de 2 ou 3 au moins.) Ce fil est roulé avec les aiguilles sur une carte, et on le déroule à mesure que l'opération avance. Pour l'opération, le chirurgien introduit d'abord l'aiguille la plus rapprochée de l'extrémité de la ligature, immédiatement en dehors des limites de la tumeur et retire une quantité suffisante de fil pour pouvoir faire plus tard une ligature. La seconde aiguille est introduite de la même manière que la première, mais à un demi-pouce au delà, en contournant la tumeur et en dépassant ses limites en profondeur. On laisse encore dehors une suffisante quantité de ligature. La troisième, la quatrième, la cinquième aiguille, plus ou moins,

sont introduites de même et à une distance égale les unes des autres; la dernière doit toujours être en dehors des limites de la tumeur comme la première. Toutes ces aiguilles passées, on les dispose comme l'indique la figure ci-jointe ou de toute autre manière qui convient au chirurgien. Toutes celles qui n'ont pas servi, quoique enfilées, sont séparées par un coup de ciseau. Puis toutes les ligatures sont coupées près du chas des aiguilles, et l'on obtient ainsi une série d'anses, avec chacune desquelles on embrasse une portion de la tumeur et dont les extrémités désignées *aa*, *bb*, *cc*, *dd*, *ee*, *ff*, sont liées et fortement serrées l'une avec l'autre, de manière à interrompre complétement la circulation dans toutes les petites portions de la tumeur comprises dans la ligature. M. Luke recommande de prendre garde, en passant les aiguilles, de les glisser au-dessous de la base de la tumeur et dans les parties saines, et en outre de lier les anses dans l'ordre dans lequel les aiguilles ont été introduites. Suivant lui, son procédé possède sur les ligatures placées comme on le fait ordinairement de grands avantages, en ce sens que la chute de la tumeur a lieu d'une manière plus rapide, et qu'on évite la rétraction et le froncement des tissus voisins de la tumeur, et par suite la difformité. C'est là une considération importante pour les tumeurs érectiles voisines des ouvertures, et par son procédé M. Luke a pu conserver le rebord des lèvres. Ce chirurgien a enlevé également avec succès, par son procédé, une tumeur du voile du palais et du côté gauche du pharynx. (*London med. Gaz.*, avril 1848.)

VARIÉTÉS.

Indications prophylactiques à suivre contre le choléra-morbus asiatique.

Au moment où le choléra-morbus asiatique semble sur le point de nous atteindre, nous croyons devoir faire connaître à nos lecteurs un rapport intéressant sur les indications prophylactiques à suivre contre cette terrible maladie, rapport dont l'Académie de médecine de Belgique discute en ce moment les conclusions. Ce rapport nous suggère des réflexions pénibles. En effet, tandis qu'autour de nous, en Angleterre, en Allemagne, en Belgique, partout, on se préoccupe de la venue du fléau, seul le gouvernement français semble se complaire dans son immobilité et dans son inertie..... Voici le résumé des conclusions de ce rapport:

I. *Améliorer les conditions sanitaires.* — 1° Dans l'ignorance où l'on est sur la cause virtuelle ou efficiente du choléra-morbus épidémique, s'ingénier à combattre efficacement les causes auxiliaires ou prédisposantes qui en favorisent singulièrement l'invasion et influent si puissamment sur sa propagation, sa gravité, son traitement et sa terminaison.

2° Veiller soigneusement à l'entretien de la santé publique; chercher, par tous les moyens disponibles, à anéantir, à corriger ou du moins à atténuer les causes d'insalubrité, en plaçant les classes pauvres et laborieuses dans des conditions physiques semblables à celles où se trouvent ordinairement les personnes qui sont dans l'aisance.

3° Pourvoir à l'assainissement des villes et des campagnes, ainsi qu'à l'amélioration du sort des indigents et à leur éducation.

4° Prescrire aux magistrats de ne rien négliger pour écarter tout ce qui peut favoriser le développement du fléau.

5° Prendre soin d'entretenir la plus grande propreté dans les lieux habités, dans les demeures, sur les personnes et dans les vêtements.

6° Dans l'imminence du fléau, faire souvent balayer dans les villes, bourgs et villages, non-seulement pendant le jour, mais même encore pendant la nuit, les rues, les ruelles, les carrefours, les places publiques, les marchés, etc., n'y laisser jamais séjourner des boues, des immondices, des ordures, des excréments, des matières animales et végétales en putréfaction.

7° Favoriser le libre et facile écoulement des eaux pluviales, ménagères et autres, répandues à la surface du sol, et ne laisser nulle part croupir, auprès des habitations, des mares bourbeuses et putrides.

8° Faire curer les égouts, les fosses, les étangs, les canaux, les routoirs, les fosses à fumier, etc., pendant l'hiver ou au commencement du printemps.

9° Disposer le périmètre des marais, des fossés et des étangs, même des rivières à cours lent, dont le lit reste en partie découvert pendant l'été, de manière que leurs eaux soient constamment élevées et tiennent les bords submergés, à moins que les circonstances n'aient permis d'en opérer le curage ou le dessèchement avant l'apparition de l'épidémie.

10° Si le fléau vient à sévir dans une localité, différer ou interdire le curage ou le dessèchement des eaux stagnantes environnantes, à moins qu'il n'y eût nécessité impérieuse d'en agir autrement; s'opposer même alors à la pêche dans les lacs et dans les étangs, quand celle-ci ne peut avoir lieu sans avoir d'abord donné écoulement aux eaux et sans avoir mis à nu la vase putrescible de leur fond.

11° Faire procéder à l'inspection et au nettoiement des puits, des citernes, des fontaines, des pompes et des abreuvoirs.

12° Que les latrines publiques et même les latrines privées, dans l'occurrence, soient visitées et vidées; qu'on fasse clôturer celles dont l'insalubrité flagrante est irremédiable à défaut d'écoulement fixe ou d'autre moyen propre à en garantir l'innocuité.

13° Exercer une surveillance spéciale incessante, dans le but d'y entretenir la plus parfaite salubrité, sur tous les établissements publics où se réunit une population agglomérée, comme les théâtres, les casernes, les prisons, les hôpitaux, les écoles, les collèges, les universités, ainsi que sur les ateliers, les fabriques, les manufactures; particulièrement celles réputées insalubres, susceptibles de compromettre la santé publique, par leur mauvaise tenue et par les vapeurs malfaisantes qu'elles répandent, en sauvegardant autant que faire se peut les intérêts des particuliers.

14° Agir de la même manière à l'égard des abattoirs, des boucheries, des cimetières, des chantiers d'équarrissage, des magasins, des boutiques, des caves, des greniers, des étables, des écuries, des garnis, des maisons occupées par des familles pauvres, par des chiffonniers, des boyaudiers, des marchands de chevaux ou de bestiaux, des personnes qui élèvent des porcs, des poules, des lapins, etc., lieux où l'air est souvent impur, contaminé et incomplètement renouvelé.

15° Répandre souvent des chlorures dans les lieux d'aisance, dans les cabinets de garde-robe, dans les éviers, dans les conduits des eaux ménagères, dans les endroits où se rassemblent un grand nombre de personnes, dans les boucheries, les abattoirs, les marchés aux poissons, dans les chambres mortuaires, etc., enfin partout où se forment de mauvaises émanations.

16° Dans des circonstances autres que celles énumérées (15°), le meilleur et le principal remède à opposer à l'action délétère des miasmes infectants est le large accès d'un air pur et sa rénovation.

17° Que les habitations des gens pauvres soient toujours bien tenues et assainies; qu'on y prévienne l'encombrement des locataires ou qu'on y mette obstacle, et quand il existe qu'on se hâte de le faire cesser.

18° A l'approche de la maladie, disperser ou disséminer la partie de la population qui encombre les habitations étroites et malsaines, en lui procurant des logements spacieux, bien aérés et bien ventilés, jusqu'à ce que le danger soit passé.

19° Les maisons qui ont été depuis peu envahies par les eaux des rivières débordées ne doivent être habitées qu'après avoir été parfaitement desséchées et purifiées dans toutes leurs parties.

20° Pourvoir aux approvisionnements et assurer les subsistances.

21° Faire inspecter et vérifier par des experts l'état des matières alimentaires mises en vente dans quelque lieu que ce soit; proscrire sévèrement toutes celles qui présentent des qualités équivoques ou mauvaises, ainsi que des traces d'altération ou de sophistication. Les fruits non mûrs, les légumes, la chair de porc, les viandes salées, fumées ou faisandées, les poissons marinés, les melons, les concombres, etc., réclament surtout une attention spéciale de la part de la police sanitaire.

22° Recommander la tempérance et la sobriété, et l'observance d'un régime alimentaire nourrissant, non exclusivement végétal, mais composé de substances animales et végétales.

23° Rappeler aux administrations communales les principales obligations que la loi prescrit concernant les aliments et les boissons.

24° Notifier au public, par tous les moyens de publicité possibles, qu'un mauvais régime et des actes d'intempérance provoquent souvent le développement du

choléra-morbus épidémique, et que l'usage d'aliments indigestes, des excès dans le boire et le manger, l'abus des liqueurs alcooliques, l'ivrognerie, l'incontinence, l'usage des glaces et des sorbets, l'ingestion de boissons très-froides, etc., sont aussi autant de causes susceptibles de lui donner naissance.

25° Exhorter le peuple à s'abstenir de l'usage de tout remède quelconque, soit préservatif, soit curatif, sans le conseil ou l'assentiment d'un médecin.

II. *Tout disposer d'avance pour le service médical.* — 26° Ne faire établir sur les frontières continentales ni cordons sanitaires, ni lazarets, ni quarantaines, dans la vue d'empêcher l'invasion du choléra, l'expérience ayant prouvé que ces moyens offrent plus d'inconvénients que d'avantages.

27° Cependant s'il se présentait, dans l'un de nos ports maritimes, des navires à bord desquels la maladie se serait manifestée ou aurait fait des victimes, ces bâtiments ne devraient pas être admis à la libre pratique, mais il faudrait les soumettre au régime de la patente suspecte, et partant leur faire subir une quarantaine de douze jours au moins.

28° Multiplier les secours publics accordés aux malades indigents et assurer la nourriture aux pauvres; leur procurer des vêtements, des combustibles, des couvertures, leur distribuer souvent de la paille fraîche dont ils ont besoin pour le couchage.

29° Instituer dans chaque commune, afin de veiller à tout ce qui concerne la salubrité, des Commissions sanitaires. Ces Commissions, composées du bourgmestre, d'habitants notables, de médecins et de pharmaciens, donneront leurs avis sur les changements et les améliorations dont seront susceptibles les localités confiées à leur surveillance, dans le but de s'opposer aux progrès du choléra, et de venir en aide à ceux qui seraient atteints de la maladie.

30° Dans chaque quartier, district ou section des villes, établir en outre des sous-Commissions sanitaires chargées de visiter les rues, les places, les marchés, les établissements publics et privés, les maisons, etc., de rechercher les causes d'insalubrité, de les faire connaître, d'en signaler le danger aux habitants, en les engageant à y remédier autant que possible, sous les ordres de l'administration. A ces Commissions pourront être confiées toutes les attributions jugées utiles dans l'intérêt de l'amélioration de la situation des pauvres et de la santé publique : elles correspondront avec les Commissions sanitaires centrales et les administrations communales auxquelles elles ressortissent, et seront composées du curé ou du vicaire de la paroisse, de trois notables, dont un maître des pauvres ou un membre du bureau de bienfaisance, d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien.

31° Engager les maîtres des pauvres, les membres des bureaux de bienfaisance, les ecclésiastiques des paroisses et toutes les personnes charitables qui ont de l'influence sur la partie misérable et peu éclairée de la population, à visiter les familles indigentes, pour leur faire sentir que la malpropreté, l'humidité, l'entassement, le défaut d'aération, de ventilation et de lumière solaire dans les habitations, le manque de vêtements convenables, l'intempérance, l'exposition prolongée aux intempéries atmosphériques, les excès de tout genre, notamment l'ivrognerie, favorisent le développement de la maladie et en aggravent les effets. Ils tâcheront d'empêcher que plusieurs cholériques couchent ensemble ou soient réunis dans un local trop exigu ou contenant d'autres individus bien portants.

32° Augmenter le nombre des médecins des pauvres ou de bienfaisance, pour que tous les malades indistinctement soient visités et secourus sans délai.

33° Dans chaque quartier des villes populeuses, dans toutes les communes, établir, sous la direction des Commissions sanitaires, des bureaux de secours ou des ambulances, auxquelles seront attachés deux médecins au moins, afin qu'ils puissent au besoin se relayer, et qu'il y en ait toujours un en permanence, jour et nuit, prêt à donner soins et conseils à ceux qui viennent les implorer.

34° Ces bureaux de secours doivent être pourvus : 1° d'un brancard couvert, muni d'un matelas, de couvertures et de tout ce qui est nécessaire pour le transport des malades; 2° d'une boîte de médicaments; 3° des objets indispensables pour l'administration et l'emploi des premiers remèdes.

35° Comme le fléau, dès qu'il a pénétré dans une maison, n'est pas seulement redoutable pour ceux qu'il frappe, mais menace encore d'attaquer les individus sains qui l'habitent, l'un des principaux moyens à employer, pour en préserver ces derniers, est de les disperser, en leur procurant des habitations salubres, loin des foyers morbifiques.

36° Quand les malades appartiennent à la classe indigente, il faut les déterminer, par la persuasion, à se laisser aussitôt transporter dans un des hôpitaux destinés aux cholériques.

38° Il est indispensable d'instituer des hôpitaux temporaires bien organisés, réunissant toutes les conditions nécessaires au traitement, à la guérison des cholériques et à la préservation des autres individus.

39° Que ces asiles, ouverts par la bienfaisance nationale à l'humanité périclitante, reçoivent gratuitement, non-seulement tous les indigents atteints de la maladie, de quelque pays qu'ils soient, mais encore tout individu qui demanderait à y être admis en payant un tantième pour chaque journée d'hospitalité.

40° Les hôpitaux temporaires doivent être fournis de tout ce qui est indispensable au service médical, et avoir leur directeur, leurs médecins, leurs élèves, leurs pharmaciens et leurs infirmiers.

41° Dans chaque ville ou commune, il faudrait qu'il y eût au moins un de ces hôpitaux sur une population de 100,000 habitants.

42° Il serait à souhaiter qu'ils fussent situés sur des terrains secs, dans des endroits élevés ou du moins découverts, largement ventilés, loin des évaporations des rivières, des étangs, des marais, des égouts et des fossés, et dans les villes, à proximité des quartiers habités par la classe pauvre, sur laquelle le fléau exerce particulièrement ses ravages.

43° Il vaut mieux multiplier les hôpitaux temporaires que d'en restreindre le nombre en donnant à chacun d'eux une trop grande étendue; l'air des vastes hôpitaux, dont les sales contiennent beaucoup de malades, est le premier obstacle à leur guérison.

44° Dans les hôpitaux de cholériques, établir trois divisions : l'une pour les suspects, l'autre pour les cholériques, et la troisième pour les convalescents.

45° Si ces hôpitaux temporaires ne présentaient pas des conditions telles qu'on pût y faire les réparations prémentionnées, on devrait établir dans leur voisinage des maisons de refuge ou de santé pour les suspects, et des maisons destinées à recevoir les convalescents.

46° Enjoindre aux commissaires de police ou autres agents de l'autorité de tenir un registre de tous les événements relatifs à la santé publique, dont ils devront tous les jours donner communication à la Commission sanitaire du lieu.

47° Inviter les propriétaires et les principaux locataires de maisons, les hôteliers, les aubergistes, les logeurs et tous ceux qui tiennent des garnis, à donner connaissance dans le plus bref délai, au prochain bureau de secours, de tout ce qui concerne le choléra.

48° Quand un malade pourra recevoir immédiatement les secours nécessaires, le chef du bureau de secours lui enverra aussitôt un médecin. Après l'administration des premiers remèdes, celui-ci fera transporter le malade à l'hôpital temporaire le plus voisin, si toutefois le patient ou ses proches y consentent.

49° Faire laver, blanchir, lessiver ou désinfecter la literie, le linge, les vêtements qui ont été à l'usage des cholériques, avant de permettre qu'ils servent à des personnes saines.

50° Les corps des individus qui ont succombé à la maladie, après avoir été arrosés avec une solution de chlorure de chaux, seront enlevés dès que le décès aura été dûment constaté, pour être immédiatement transportés, dans des voitures bien couvertes, aux endroits destinés à leur inhumation.

51° Les cadavres seront enterrés dans le cimetière ordinaire, ou dans un autre lieu désigné à cet effet et éloigné des habitations, jamais dans les églises, chapelles, jardins ou maisons particulières, et enfouis dans des fosses d'un mètre et demi de profondeur, sans qu'on attende, comme de coutume, qu'il soit arrivé d'autres corps.

52° Prohiber l'exposition des cadavres des cholériques dans les églises, ou ils pourraient gravement préjudicier à la santé du peuple qui assiste aux cérémonies religieuses.

53° Transporter les cadavres au cimetière pendant la nuit, avant ou après le coucher du soleil, sans bruit, sans sonnerie de cloches et sans pompe religieuse, dont il faudrait aussi s'abstenir en allant administrer les sacrements aux malades.

54° Pendant la durée de l'épidémie, il faut défendre de sonner l'agonie ou le glas funèbre; en semblable circonstance, les grands rassemblements populaires sont à craindre. Il faut, autant que possible, éviter les réunions nombreuses.

55° Enfin exhorter le public, surtout les gens du peuple, à appeler les médecins à leur aide aussitôt que les premiers indices de la maladie se déclarent.

Sur la proposition du ministre de l'agriculture et du commerce, le chef du pouvoir exécutif vient, par un arrêté spécial, de créer un Comité d'hygiène publique destiné à étudier, indépendamment des questions relatives aux quarantaines, les moyens les plus propres à améliorer la condition des classes pauvres au point de vue de l'hygiène, soit en proposant les mesures que réclame l'assainissement des villes, des ateliers et des campagnes, soit en recherchant la possibilité de rendre faciles à toutes les fortunes la fréquentation et l'usage des eaux thermales. Bien que les nominations n'aient pas encore été officiellement annoncées, nous croyons savoir que quatre médecins seulement en font partie. Ce sont MM. Magendie, président; H. Royer-Collard, Mélier; Aubert-Roche, secrétaire; M. Bussy y représente la pharmacie.

Les dernières nouvelles du choléra ne sont pas aussi inquiétantes qu'on pouvait le craindre. A Constantinople, les ravages du fléau avaient considérablement diminué dans les derniers jours de juillet. A Saint-Pétersbourg, le 30 juillet, il y avait encore 2,116 malades; mais la mortalité était moindre. On avait annoncé que le choléra avait éclaté à Berlin et à Londres ; cette nouvelle ne s'est pas confirmée. — Le gouvernement français commence, toutefois, à se préoccuper de la marche de l'épidémie, et l'Académie de médecine a, sur la demande du ministre, nommé une Commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Chomel, Andral, Husson, Bouillaud, Bally, Gerardin, Cornac, Gaultier de Claubry, pour s'occuper de rechercher les moyens de prévenir ou d'atténuer les effets de cette funeste maladie.

Le célèbre chimiste Berzélius est mort à Stockholm le 7 août, à l'âge de soixante neuf ans, des suites d'une maladie de la moelle.

Le *Moniteur* du 25 août contient les nominations dans l'ordre de la Légion-d'Honneur accordées aux médecins de la garde nationale, à la suite des affaires de juin. On y compte trois nominations au grade d'officier, et dix-neuf au grade de chevalier. Quelques confrères figurent aussi dans les nominations, comme combattants.

M. Dumas, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier (section de physiologie), a été nommé, à la suite d'un concours, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la même Faculté.

Les médecins du département de l'Hérault viennent de constituer une association destinée à venir au secours de ceux de leurs confrères que la misère pourrait atteindre. Le bureau est composé de MM. Raffeneau-Delille, président; Cazalis, secrétaire-trésorier; Broussonnet, Chrestien, Vailhé, Sauvan.

La mortalité de la ville de Paris a été, pour l'année 1847, de 32,823 décès, dont 12,276 dans les hôpitaux. Sur ce dernier chiffre, on compte 2,485 morts par phthisie pulmonaire. C'est dans les 12e, 8e, 6e et 5e arrondissements que le chiffre de la mortalité est le plus élevé.

Les revaccinations ont été continuées dans l'armée prussienne pendant l'année 1847. 43,264 soldats ont été revaccinés, dont 34,264 portaient des traces évidentes de vaccin. Le développement de la vaccine a été complet dans 25,544 cas, irrégulier dans 7,425 cas, nul dans 10,627. Pratiquée de nouveau chez ceux sur lesquels elle n'avait pas réussi, la vaccine a donné 2,718 succès pour 8,952 insuccès.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU CHOLÉRA.

Déjà à pareille époque, en 1846, nous avons publié, dans le Journal de Médecine, un Mémoire de quelque étendue sur le choléra sporadique. Ce qui nous porta alors à traiter cette question, c'est que, d'une part, nous avions observé quelques faits qu'il nous semble utile de publier dans l'intérêt de la pratique, et que, d'un autre côté, ces faits, qui se liaient à une influence épidémique non douteuse, avaient conduit quelques observateurs à des conclusions qui nous parurent erronées. A cette époque, comme aujourd'hui, le choléra asiatique avait éclaté, bien qu'avec moins d'intensité, dans quelques parties de la Russie, et la coïncidence de l'apparition de cette affection si redoutable dans cette partie de l'Europe avec l'épidémie qui régnait alors en France, avait porté quelques médecins à diagnostiquer l'apparition prochaine de l'épidémie terrible des bords du Gange. Cette conclusion, nous le répétons, nous parut erronée, et nous crûmes devoir la combattre, dans l'intérêt de la sécurité publique. L'événement nous a heureusement donné raison. Celui-ci démontra, en effet, que la maladie générale qui sévissait sur les populations se liait uniquement aux brusques variations de température, et n'était rien de plus que le choléra sporadique, que tous les épidémiographes ont signalé à l'attention des observateurs. La même question préoccupe aujourd'hui les esprits, les citoyens comme les médecins, les médecins comme les gouvernements; c'est cette question que nous nous proposons d'examiner succinctement ici.

Aujourd'hui, comme à la même époque en 1846, l'influence épidémique qui agit évidemment sur l'homme porte principalement son action sur le tube digestif : là, cette influence morbide se manifeste par de simples flux intestinaux dont un régime ténu fait rapidement justice; ailleurs elle réalise de véritables dyssenteries qui ont leur danger ; mais nulle part, que nous sachions, elle ne détermine, d'une manière générale au moins, cet ensemble de symptômes graves connus de tous les nosographes sous le nom de choléra. De ce dernier caractère négatif conclurons-nous que la maladie redoutée est encore loin de nous, et que les appréhensions qu'on manifeste à cet égard sont sans fondement? Cette conséquence nous paraîtrait aussi erronée que la conséquence inverse que quelques médecins avaient cru devoir tirer naguère

de l'observation d'une constitution épidémique en apparence beaucoup plus significative. Si obscure que soit la cause du choléra indien, si vagues ou si nulles que soient, pour arriver à la découverte de cette cause, les notions dues aux recherches cadavériques, ou aux investigations chimiques, tout le monde est convaincu de la différence profonde qui sépare le choléra de l'Inde, du choléra inhérent aux conditions climatériques au milieu desquelles nous vivons. Il est bien clair que quand la première de ces affections surgit tout à coup au sein de populations auxquelles elle était jusque-là parfaitement inconnue, et les décime, il faut bien admettre que le milieu dans lequel vivent ces populations a été profondément modifié, et qu'un élément insolite s'est ajouté aux éléments nouveaux qui le constituent. Cet élément échappe à toutes les recherches, défie tous les réactifs : cela est vrai, en tant qu'il s'agit de recherches anatomiques, de réactifs chimiques ; mais il est un réactif plus puissant que tout cela, et qui témoigne de la présence au sein de l'organisme d'un élément hétérogène qui en trouble l'harmonie ; ce réactif, c'est l'organisme lui-même. Lorsque l'on étudie sans préoccupation théorique ce réactif en action, ou cette pathologie vivante, il est impossible de confondre des manifestations morbides aussi profondément disparates qu'une simple diacrèse intestinale, et le choléra indien. Il n'y a pas plus identité de nature entre ces deux fonctions pathologiques, qu'entre la rage et une simple dysphagie nerveuse, entre une fièvre éphémère et une fièvre pernicieuse. Voir la moindre analogie entre ces divers faits, c'est prendre l'ombre pour le corps, c'est confondre l'affection avec le symptôme, la réalité avec l'apparence.

Quelle que soit la forme des accidents par lesquels se révèle à l'observation la constitution épidémique actuelle, tenez donc pour certain qu'elle ne signifie rien, en tant que base de pronostic pour l'invasion prochaine d'une maladie aussi radicalement spécifique, pouvons-nous dire, que le choléra de l'Inde. S'il existait entre cette affection et les diacrèses similaires de nos climats quelque rapport de plus qu'un rapport d'apparence, de surface, ce serait un simple rapport de prédisposition, un simple rapport d'aptitude ; et qui, par conséquent, n'étendrait pas son influence au delà de la sphère de l'individualité.

Rappelez-vous la constitution épidémique si nette, si tranchée, et en même temps si générale, qui précéda l'invasion du choléra en Europe en 1832 ; cette épidémie fut une grippe, qui frappa dans un grand nombre de lieux les trois quarts de la population, et n'en épargna presque aucun. Or, lorsque, l'année suivante, le choléra eut éclaté parmi nous, quelques esprits prime-sautiers n'hésitèrent point à établir entre ces deux affections une sorte de solidarité, à faire de l'une le précurseur néces-

saire de l'autre. Il en fut de même de quelques coïncidences purement locales et fortuites, de la suette, par exemple, dont M. Moreau de Jonnès fit également l'avant-coureur du choléra asiatique. Toutefois, nous ajouterons tout de suite ici, que si la pensée de cet auteur, présentée d'une manière absolue, est erronée, elle est juste dans certaines limites, ainsi qu'une expérience authentique l'a démontré.

Pour nous résumer sur ce point, nous dirons donc que les flux intestinaux, dysentériques, qui semblent faire le fond de la constitution épidémique actuellement régnante, n'ont aucune espèce de valeur comme élément de pronostic dans la question de l'invasion plus ou moins probable du choléra au sein des populations de l'Europe méridionale. Ce sont donc d'autres éléments qu'il faut consulter pour résoudre ce problème ; ce sont d'autres signes qu'il faut s'efforcer de saisir dans le ciel ténébreux de l'avenir.

Quand on suit la marche du choléra à travers le nord de l'Europe, depuis la première invasion en 1847, et qu'on la compare à celle qu'elle affecta en 1831 et 1832, on est frappé de l'uniformité de cette marche. On voit, aux deux époques, la maladie frapper d'abord et exclusivement la Russie, puis sommeiller pendant un temps plus ou moins long, pour y reparaître avec plus d'intensité, et s'avancer vers les parties orientales de cette vaste contrée. C'est alors que la maladie franchit la Volhynie, apparaît à Lublin, encombre les lazarets de Siedler, et enfin atteint Varsovie elle-même. Une fois la Vistule franchie, le fléau semble marcher plus rapidement ; les populations plus pressées de l'Europe méridionale favorisèrent sa propagation : il atteint presque simultanément Vienne et Berlin, et s'étend bientôt à Londres et à Paris. Aujourd'hui, la dernière étape du choléra dans sa marche progressive vers la France, c'est la Moldavie, la Valachie, et les diverses provinces indépendantes que le Pruth sépare de la Russie, et enfin Berlin. Maintenant, s'arrêtera-t-il brusquement là, ou continuera-t-il, ainsi qu'en 1832, sa marche incessamment envahissante à travers le reste de l'Europe ? Telle est la question qu'il s'agit de résoudre...

Il est un certain nombre d'épidémies qui se montrent circonscrites à certaines localités ; elles ont des limites restreintes que souvent elles ne dépassent pas. Telles sont même la plupart des épidémies propres à notre climat, la dyssenterie, le croup, beaucoup de maladies éruptives ; tel paraît même devenir aujourd'hui un des caractères les plus remarquables de la fièvre typhoïde. Il n'en va point ainsi du choléra : qu'on l'étudie en Asie, où il a son point de départ, ou dans ses migrations à travers l'Europe, partout il montre une funeste propriété d'expansion indéfinie. Il est donc malheureusement bien probable qu'il ne s'arrê-

tera pas au point auquel il est arrivé aujourd'hui, et que, sans vouloir préjuger la ligne qu'il va suivre, il atteindra successivement le reste de l'Europe : les populations serrées, agglomérées, de cette partie du monde, les relations incessantes de ses habitants, son contact de tous les instants, rendent ce résultat à peu près inévitable.

Maintenant, il nous reste à résoudre deux questions, dont la solution ne nous intéresse pas moins que la première : la première de ces questions est celle-ci : la maladie doit-elle nous atteindre prochainement, et le gouvernement doit-il, dès aujourd'hui, prendre les mesures que peut nécessiter cette grave conjoncture? La proximité des lieux où sévit actuellement la maladie, les relations de tous les instants que nous entretenons directement avec l'Allemagne, rendent évidemment possible cette invasion prochaine. Toutefois, une remarque a été faite sur ce point, remarque qui, pour n'être point en correspondance constante avec les faits tels que l'observation les constate, n'en doit pas moins fixer l'attention. Ici nous entendons parler de l'influence que les saisons semblent exercer sur la propagation du choléra asiatique dans nos climats. Dans les diverses irruptions de cette maladie en Europe, et même dans diverses parties de l'Asie plus ou moins éloignées de son foyer primitif, on a observé, en effet, que la saison froide semble arrêter sa marche envahissante à travers l'espace. Cet arrêt n'est, il est vrai, qu'une suspension momentanée, et les germes de la maladie, après cette sorte d'hivernation, reprennent bientôt leur activité première, continuent leur marche envahissante. Heureusement, nous n'avons point eu en Europe l'occasion de suivre l'étude de cette terrible affection sur une échelle assez large, pour que nous soyons autorisé à tirer du cercle de nos propres observations la conclusion que nous venons d'indiquer ; mais M. Moreau de Jonnès, et quelques médecins qui ont étudié la maladie dans ses habitudes, là même où elle s'observe beaucoup plus fréquemment, signalent cette circonstance remarquable, qui se retrouve d'ailleurs dans les quelques irruptions successives par lesquelles le mal s'est manifesté en Europe. Il est donc possible que la saison à laquelle nous touchons nous soit une sorte de barrière, ou, pour parler un langage plus conforme au sujet dont il s'agit, une sorte de cordon sanitaire qui nous préserve pendant quelque six mois encore de la maladie.

Il ne nous reste plus qu'une question à résoudre, et cette question est celle de savoir si, à supposer que le choléra reparaisse parmi nous, il doit sévir avec la même intensité qu'il l'a fait en 1832. En posant cette question, nous n'avons pas plus la prétention de nous ériger en prophète qu'en posant celles qui précèdent : n'oublions pas que, dans la plupart des sciences, c'est le probable qu'atteint presque

toujours l'esprit humain, et non l'absolu ; voilà pourquoi, dans beaucoup de cas, le simple bon sens a plus de chances de contenter que le génie même. Ici encore c'est le passé qu'il faut consulter pour préjuger l'avenir : or, voici ce que dit l'expérience à cet égard. En 1832, la violence de la maladie fut infiniment plus grande qu'elle ne l'a été cette année dans les diverses contrées où elle a successivement ou simultanément sévi. Pour ne point allonger cette note plus qu'elle ne mérite de l'être, comparons seulement le nombre des victimes du choléra, tel que le montrent les journaux de Berlin, avec les chiffres officiels qui nous donnent la mesure de l'intensité de l'épidémie de 1832 à Paris. Voilà trente jours environ que le choléra asiatique a atteint la capitale de la Prusse : eh bien, dans cet espace de temps, trois cents individus environ ont été atteints. Or, les choses se présentèrent sous un aspect bien autrement sinistre à Paris en 1832. Nous lisons dans un document officiel publié en 1834, ce qui suit : « Déjà plusieurs médecins croyaient avoir rencontré chez quelques malades les symptômes du choléra, lorsque le 13 février le bruit se répandit tout à coup que, dans la rue des Lombards, appartenant au sixième arrondissement, un portier venait d'en mourir. L'impression produite par cet événement sur les esprits déjà disposés à s'alarmer fut assez forte pour que la Commission centrale se crût obligée d'envoyer sur les lieux quelques-uns de ses membres, chargés par elle de constater la vérité du fait. Cependant, les hommes de l'art hésitaient encore à se prononcer, quand, le 26 du même mois, quatre personnes furent tout à coup attaquées, et moururent en peu d'heures... Le lendemain, 27, six autres individus, chez lesquels tous les symptômes du choléra étaient prononcés au plus haut degré, furent transportés à l'Hôtel-Dieu. Le 28, on en comptait 22 ; le 31, il y en avait déjà 300. A la fin d'avril enfin, on comptait déjà 1,300 morts (1). » Il est bien évident qu'il n'y a nulle comparaison à établir entre deux manifestations épidémiques, qui se traduisent par des chiffres aussi différents. A moins de supposer que cette différence ne soit qu'un accident tout à fait fortuit dans la marche du mal, il faut voir là un signe qui doit être favorablement accueilli de nos populations alarmées. Nous ne voyons pas, nous, la cause qui, dans les circonstances actuelles, nous rende compte de cette atténuation du choléra indien dans son action sur les populations européennes ; nous croyons tout simplement que s'il fait moins de victimes, s'il englobe dans sa sphère d'action un moins grand

(1) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine*, page 39 et *pass.*

nombre d'individus, c'est que le poison par lequel il nous frappe est à moindre dose, ou qu'un plus grand nombre d'organisations résistent à son influence délétère, ou ne sont point touchées par elle. Sur ce point, nous pensons donc, comme M. Lettré, que si le choléra nous atteint, il ne nous assaillira pas avec la même violence qu'en 1832.

Maintenant, au milieu des circonstances critiques dans lesquelles se trouve l'Europe, la guerre peut éclater d'un jour à l'autre; quelle influence cette *mêlée* des hommes, et toutes les conséquences que celle-ci entraîne à sa suite, peut-elle exercer sur la dissémination du choléra? Si cette terrible éventualité s'accomplit, terrible à tous les points de vue, il est fort à craindre que l'épidémie, qui semble perdre de son intensité à mesure qu'elle s'avance vers nous, ne reçoive de cette circonstance une impulsion redoutable. Lisons encore ici dans le passé pour pressentir l'avenir. N'est-il pas extrêmement probable qu'en 1832 la guerre de la Russie avec la Pologne a singulièrement contribué à amener, à disséminer en Europe le fléau terrible des bords du Gange? « Le premier moteur de cette dangereuse irruption, dit M. Moreau de Jonnès, fut la résolution déplorable qui fit tirer du gouvernement de Koursk et du pays des Cosaques du Don un corps d'armée destiné à entrer en Pologne, afin de s'opposer aux effets de la révolution de Juillet. Les provinces d'où venaient ces troupes avaient été infectées par le choléra pendant tout l'automne de l'année dernière, et comme nous crûmes devoir le dire à l'Académie des sciences, dans sa séance du 18 janvier, un mois avant qu'on apprît les calamités que cette funeste mesure avait produites, il était à la fois étrange et bien malheureux qu'on eût oublié que c'est par de pareils mouvements de troupes que le choléra pestilentiel a été porté d'une extrémité à l'autre de l'Indoustan, et qu'accompagnant les armées anglaises dans leur marche, il s'est propagé du Gange à l'Indus, et du cap Comorin jusqu'aux pieds du mont Himalaya (1). »

Il y a trop loin de nous aux hommes qui président aux destinées de la France pour que notre voix puisse arriver jusqu'à eux; mais cela ne nous empêchera point de dire ici notre pensée, dût notre voix se perdre dans le vide. Les raisons les plus graves doivent faire redouter aux hommes prévoyants et sincèrement désireux de fonder la République honnête sur des bases solides, le conflit universel qu'amènerait infailliblement la guerre; mais à toutes ces raisons, il faut en ajouter une autre, et qui n'est pas moins grave, c'est celle du danger inhérent à toute grande réunion d'hommes au milieu d'une épidémie

(1) *Rapport au Conseil supérieur de santé sur le choléra pestilentiel*, p. 313

dont un des caractères principaux est une expansion indéfinie. La science a fait son devoir en signalant le danger; le reste regarde le pouvoir : *caveant consules*. MAX. SIMON.

DE LA GASTRO-ENTÉRALGIE RHUMATISMALE DES MARINS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE.

Parmi les maladies spéciales que sont appelés à voir les médecins qui habitent les ports de mer, les plus douloureuses et souvent les plus rebelles sont les gastro-entéralgies, qui attaquent surtout les marins revenant de nos colonies des Antilles. Ces affections, connues des gens qui navignent, sous le nom de *coliques sèches*, vu la constipation qui les accompagne, ont la plus grande analogie avec la colique de plomb. Néanmoins, l'étiologie en est complétement différente, car ici les influences métalliques sont tout à fait nulles; et cette maladie n'a pour essence bien reconnue qu'un état rhumatismal du système nerveux organique, qui s'étend aux tuniques gastro-intestinales et aux muscles abdominaux et lombaires. La cause occasionnelle de cette affection vient confirmer, d'une manière positive, notre opinion sur sa nature intime, car cette maladie n'attaque fatalement et exclusivement que les sujets exposés à la transition des climats chauds aux climats tempérés, surtout s'ils arrivent dans ces derniers pendant la saison froide et humide. Aussi le printemps et l'hiver présentent-ils une notable augmentation dans le chiffre des malades atteints par ces affections.

On observe, chez ces malades, la face grippée, l'absence de fièvre, le pouls faible et languissant, ainsi que le refroidissement de la peau et surtout des extrémités par suite du défaut d'énergie circulatoire, l'anorexie et la rétraction du ventre. La peau est sèche et privée de toute transpiration apparente; elle est terreuse, brune ou ictérique, quand la maladie dure déjà depuis quelque temps. La soif est nulle, la langue pâle, humide, et quelquefois légèrement muqueuse ou saburrale; les urines rares, et souvent limpides; la constipation intense. En un mot, presque toutes les sécrétions sont notablement diminuées, et il existe comme un resserrement général de toutes les muqueuses. Il existe aussi des nausées sans vomissements; une inquiétude incessante agite les malades et les empêche de rester couchés ni levés. Tantôt ils s'accoudent la tête sur leurs genoux ployés, tantôt ils se couchent sur le ventre. Enfin, j'en ai vu qui ne pouvaient rester que la tête en bas et les pieds en l'air, appuyés contre la muraille. L'insomnie la plus tenace vient aggraver ces accidents, et résiste souvent aux narcotiques donnés cependant à forte dose. Mais le symptôme

le plus terrible, et qui domine tout le reste, est caractérisé par des douleurs atroces partant des reins, et venant converger dans la partie antérieure de l'abdomen et les régions inguinales. L'épigastre est atteint assez souvent aussi, mais moins fréquemment, par des crampes spasmodiques. Ces douleurs, semblables aux accès névralgiques, se renouvellent à de très-courts intervalles, et, par leur acuité, abattent les hommes les plus robustes et les font pleurer comme des enfants. D'autres fois, au contraire, elles produisent un effet opposé, et déterminent une surexcitation telle, qu'il survient une véritable monomanie suicide avec délire furieux. Enfin, elles peuvent amener, comme je l'ai souvent observé, des accès de lypémanie et d'hypocondrie des plus caractérisés.

Cette affection a souvent fait mon désespoir, en voyant les agents les plus actifs de la thérapeutique échouer tour à tour, malgré l'administration la plus rationnelle et suivant que se présentaient les indications ; quand enfin l'analogie, cette source féconde de tout progrès thérapeutique, vint m'indiquer une route nouvelle, qui me permit d'atteindre le but auquel j'aspirais depuis si longtemps.

Voici comment j'y fus conduit : rempli d'admiration pour les magnifiques résultats obtenus, à l'aide des antimoniaux à dose rasorienne, dans la pneumonie et le rhumatisme; sachant, d'autre part, les succès que ce médicament avait valus à nombre de praticiens qui l'avaient employé à combattre certaines affections nerveuses spasmodiques, telles que la chorée et le tétanos, je pensai que ce médicament, si énergique et si puissant, pourrait, en agissant, d'après les mêmes lois que dans les cas précédents, sur le système nerveux organique, détruire le spasme intestinal, cause de la maladie. L'origine rhumatismale de l'affection qui nous occupe, et les succès obtenus dans le rhumatisme articulaire à l'aide du tartre stibié, vinrent encore me confirmer dans l'opinion que j'obtiendrais ici probablement des résultats analogues.

Bien pénétré de ces principes, je résolus, il y a deux ans, d'en faire l'application, et les occasions ne me manquèrent pas. Je pourrais citer au moins vingt observations de résultats complets ; mais pour éviter les redites, je me bornerai à quelques cas des plus graves et des plus satisfaisants, comme curation définitive.

Obs. I. *Gastro-entéralgie rhumatismale, avec accès de monomanie suicide et lypémanie. Guérison par le tartre stibié à haute dose.* — Le capitaine C., âgé de quarante-six ans, sanguin et replet, faisant de fréquents voyages du Gabon au Havre, avait été atteint deux fois, lors de son retour en France, de la maladie dont nous venons de tracer l'esquisse. Les deux premières fois, les accidents avaient, après deux septénaires, cédé avec assez de peine aux drastiques. La troisième fois qu'il me fit appeler, il arrivait du même

pays, et se disposait à aller goûter dans sa famille le repos si nécessaire après un long voyage, quand, le jour même, il fut pris subitement de douleurs de reins et de ventre si violentes, qu'on dut venir me chercher en toute hâte. Je trouvai le malade, la figure pâle et crispée, les traits abattus et décomposés, respirant avec peine, et se tenant le ventre à deux mains. Il ne pouvait marcher que ployé en avant, et poussait des gémissements étouffés de temps à autre; il éprouvait des nausées sans vomissements. La langue était naturelle, blanchâtre, et la soif à peu près nulle. Du reste, les boissons étaient rejetées presque aussitôt qu'ingérées; les boissons glacées que j'ordonnai firent cesser cet état de spasme de l'estomac; le pouls était petit et calme, le ventre rétracté et sans sonorité gazeuse. Depuis quatre jours il n'y avait pas eu de selles: un lavement laxatif, des boissons éthérées et antispasmodiques, des cataplasmes sur le ventre, arrosés de baume tranquille, ne produisirent aucun amendement. La nuit fut sans sommeil, et le lendemain matin les mêmes accidents persistaient avec autant d'intensité. J'ordonnai alors douze sangsues à l'anus, la continuation des moyens précités, plus une potion narcotique. Le troisième jour rien de nouveau, même position que la veille; on donna aussi une bouteille d'eau de Sedlitz à 60 grammes, qui fut gardée sans amener de selles, une partie du jour. Ce que voyant, je fis prendre en plus, l'après-midi, six pilules drastiques, et vers le soir un lavement laxatif, avec 60 grammes d'huile de ricin.

Ces derniers moyens n'amenèrent pas plus de résultats que les autres, les coliques devinrent seulement plus fréquentes. Le malade était tombé dans une prostration physique et morale extrême; à ce point que lui, homme fort et énergique, pleurait comme un enfant. Il déraisonnait, disait des mots sans suite, courait à droite et à gauche, et voulait à toute force se jeter par la fenêtre. Il l'eût certainement fait, si plusieurs personnes ne l'eussent retenu; on fut obligé de le surveiller. Les douleurs étaient tellement atroces, qu'il me priait en grâce de lui ouvrir le ventre pour l'en débarrasser. Une potion antispasmodique procura une nuit plus calme. Enfin, le quatrième jour je trouve le malade extrêmement affaissé; le pouls était petit et serré, pas la moindre trace de réaction fébrile, pas de selles, les gémissements sont continuels. J'envoie alors chercher une potion composée de :

Eau de mélisse.	180 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.
Tartre stibié.	4 décigrammes.

à prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, avec la précaution de ne rien boire entre deux. La première et la deuxième cuillerée sont rejetées, le reste est toléré; il survient dans la journée deux ou trois vomituritions, et vers le soir des selles d'abord rares et difficiles, mais qui continuèrent jusqu'au lendemain avec abondance, et laissèrent le malade faible, mais complétement débarrassé de son mal. Un régime analeptique, quelques bains tièdes, suffirent pour le mettre, au bout de quelques jours, en état de reprendre ses occupations. Depuis ce temps, il a fait deux voyages dans les mêmes lieux, sans que la maladie se soit reproduite. Il est bon de noter qu'antérieurement ce malade avait eu des accès de goutte et de rhumatisme.

Obs. II. *Gastro-entéralgie compliquée d'ictère et de constipation opiniâtre. Guérison par le tartre stibié à haute dose.* — **M. T.**, capitaine de navire,

d'Honfleur, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament sec et nerveux, fut atteint d'une fièvre bilieuse aux Antilles, en 1845; mais malgré les soins dont il fut entouré, la guérison fut incomplète; c'est-à-dire qu'il fut forcé de revenir en France, étant encore convalescent. Il s'ensuivit que l'anorexie et une atonie générale persistèrent et augmentèrent pendant la traversée. Enfin, il arriva au Havre, dans un état de débilité et de souffrance considérable. Depuis huit à dix jours avant son arrivée dans cette ville, il s'était développé en plus une teinte ictérique de la peau, presque générale et assez intense, qui se compliquait d'une constipation opiniâtre, accompagnée de nausées et de coliques sèches, des plus douloureuses; le malade était dans un état d'épuisement et de maigreur considérable. Déjà depuis longtemps il ne mangeait plus, et les boissons étaient très-difficilement et péniblement supportées, tant étaient violents les spasmes gastriques et œsophagiens, lors de leur ingestion; la peau était froide, terreuse, sèche, jaunâtre; l'épigastre et le ventre, indolents à la pression, étaient plats et rétractés. Il n'y avait pas eu de selles depuis neuf jours, malgré quelques purgatifs huileux et quelques lavements d'eau salée pris à bord par le malade et de son chef. De plus, il existait une insomnie complète depuis douze ou quinze jours au moins, entretenue par le renouvellement incessant des coliques atroces que le malade éprouvait. Il était dans une inquiétude et un agacement extrêmes, ne sachant quelle position prendre, se couchant pour se relever aussitôt, ou courant dans sa chambre, pieds nus, en se tenant le ventre; toute parole le blessait, et il ne pouvait souffrir personne qui s'occupât de lui, jusqu'à ce qu'on le relevât anéanti de douleurs et de fatigue; il criait et gémissait, en demandant du secours à ceux qui l'entouraient.

Je lui fis prendre d'abord un bain tiède, dans lequel il put à peine rester un quart d'heure. J'essayai des cataplasmes narcotiques et des calmants à l'intérieur, sans résultat. Puis, pendant deux jours, des pilules drastiques, les purgatifs liquides ne pouvant être supportés. J'y joignis aussi des lavements purgatifs énergiques. Ces moyens n'amenèrent que quelques fèces sèches et arrondies qui ne dégagèrent point l'intestin. La petitesse du pouls, l'appauvrissement du sujet, et le caractère purement nerveux et adynamique de l'affection, défendaient de songer aux évacuations sanguines.

Il ne restait donc plus qu'un seul moyen auquel je pusse avoir recours, la potion stibiée dont j'avais fait usage précédemment. Je la mis en usage encore ici, et après qu'elle eut provoqué d'abondantes évacuations de nature bilieuse et très-fétides, pendant toute la journée, le malade vit disparaître, pour ne plus les revoir, ses coliques nerveuses abdominales, et l'agacement intolérable qui les accompagnait. L'appétit et le sommeil revinrent rapidement. Quelques précautions de régime et contre le froid humide, quelques bains amidonnés et de légers cataplasmes sur le ventre, enlevèrent entièrement le reste d'endolorissement dont il était encore le siége, et l'usage de l'eau de Vichy dissipa l'ictère et mit les organes digestifs dans l'état le plus satisfaisant. Le malade continua à faire ses voyages et n'a pas eu de rechute depuis ce temps.

Obs. III. *Gastro-entéralgie rhumatismale, avec disposition saburrale et inflammatoire. Guérison par le tartre stibié à haute dose.* — M. V..., créole de la Martinique, âgé de vingt ans, vint en France, de ce dernier endroit, pour la première fois en 1846. Assez fort, d'une constitution nervoso-sanguine, et habituellement bien portant, il n'avait point éprouvé de mal de

mer pendant la traversée. Il fut pris, deux jours avant que d'aborder au Havre, de nausées et de vomissements bilieux assez abondants. Il existait, conjointement à ces accidents, des crampes d'estomac violentes et des coliques intolérables, qui arrachaient des cris au malade. Depuis trois jours, malgré les plus violents efforts, le malade n'avait pu aller à la selle. Le ventre n'était pas tendu, sa chaleur était normale; seulement la soif était vive, le pouls dur, la peau chaude, et la face colorée par instants et pâle peu après. L'épigastre et le ventre étaient indolents à la pression. Je calmai les vomissements avec des boissons gazeuses acidulées et froides. Je fis mettre douze sangsues à l'anus, et un cataplasme sur le ventre. Le lendemain, voyant le malade se tordre, sans éprouver de sédation ni de garde-robes, malgré plusieurs lavements laxatifs, et un purgatif pris la veille avant mon arrivée et vomi presque aussitôt, je songeai encore ici à employer l'émétique à dose rasorienne, et n'hésitai nullement à l'administrer, quoique l'état du pouls indiquât une tendance fébrile et inflammatoire; mais j'étais rassuré par la sédation instantanée que j'en avais obtenue dans des cas analogues, et surtout quand il existait un état saburral concomitant, comme chez ce malade. Je n'eus pas lieu de m'en repentir, et mes prévisions furent complétement réalisées; car à peine le malade eut-il pris les trois premières cuillerées de la potion stibiée, qu'il rendit une pleine cuvette de matières bilieuses, jaunes, porracées et fort épaisses; et comme j'avais ordonné qu'il achevât cette potion, sans tenir compte des vomissements, on la continua par cuillerées, de quart en quart d'heure, jusqu'à la fin. Dans la nuit, l'effet consécutif que j'attendais se manifesta par des selles abondantes, de nature bilieuse et très-fétides, à la suite desquelles survint un calme complet dans les spasmes gastro-intestinaux. Le pouls était redevenu normal, la peau d'une bonne température; un sommeil des plus tranquilles s'empara du malade qui l'aspirait depuis longtemps, et il se trouva si bien au réveil, que je crus devoir satisfaire avec ménagement l'appétit qu'il manifestait. Deux jours après, il avait repris ses occupations habituelles.

On a pu remarquer, dans les observations précédentes, que bien que l'élément rhumatismal joue un rôle important dans la maladie qui nous occupe, elle est entièrement dominée par la lésion du système nerveux ganglionnaire, qui s'offre si intense dans tous les cas, qu'on pourrait la caractériser par l'expression de *tétanos intestinal.*. Il existe, en effet, pour les phénomènes nerveux si variés, et les douleurs affreuses qu'elle produit, une analogie complète entre cette affection et la redoutable névrose que nous venons de nommer. Elle en diffère par sa localisation dans les intestins, et par une issue en général heureuse. Le point de départ des deux affections a même de l'identité, car on sait en effet que souvent le tétanos est produit dans les pays chauds par suite d'un refroidissement subit.

Enfin, en admettant cette hypothèse, elle semble acquérir un degré de certitude assez grand, quand on considère que la maladie cesse immédiatement dès que la constipation est vaincue. Or, qui ne voit, ici, que cette constipation est due seulement à un resserrement spasmodique

de l'intestin, et qu'elle cesse dès qu'il est détruit? Et ce fait n'est pas seulement borné à deux ou trois cas ; c'est chez tous les malades que j'ai eus à soigner de cette maladie, que je l'ai observé. Du reste, je vais citer, à l'appui de cette manière de voir, une observation qui, bien que n'étant pas semblable aux précédentes, présentera cependant, je le pense, quelque intérêt, d'abord, en montrant l'action heureuse du tartre stibié à haute dose dans les cas de constipation opiniâtre ; et ensuite, l'influence de cette constipation prolongée sur les centres nerveux et les désordres qu'elle peut par suite y développer dans l'ordre physique et moral.

Obs. IV. *Constipation excessive et prolongée, ayant déterminé des accidents nerveux et des accès de manie furieuse.* (Guérison par le tartre stibié à haute dose.) — En 1846, Mme K..., Hollandaise, jeune femme de vingt-sept ans, épouse du maître d'hôtel d'un steamer du Havre, mère de deux enfants, habituellement bien portante et d'un tempérament sanguin-nerveux, fut prise tout à coup et sans cause connue d'une agitation extrême, qui se traduisait surtout par un flux de paroles inusité, car elle était habituellement d'un caractère froid et réservé. Elle s'imagina être en butte (sans que rien pût justifier cette croyance ni une accusation de cette espèce) à des propos pouvant mettre en doute sa fidélité conjugale, et elle s'en alla s'en plaindre chez toutes ses amies, et chez l'armateur du steamer lui-même, avec une volubilité extrême et une agitation difficile à peindre. On reconnut bientôt qu'elle n'avait plus son bon sens ; on la ramena de force chez elle, et l'on me fit appeler.

Je la trouvai en proie à un accès de manie furieuse, vociférant, gesticulant avec violence, et voulant se jeter par la fenêtre. Elle se débattait tellement, que quatre personnes ne suffisaient pas pour la maintenir. Elle chantait, et passait du rire aux pleurs à chaque instant. Quelquefois, elle demandait à voir ses enfants pour la dernière fois, parce que, disait-elle, l'heure de mourir était arrivée après avoir subi un pareil affront. La figure était rouge et brûlante, la voix forte, impérieuse et brève; le pouls dur et vibrant, la peau couverte de sueur.

Je m'informai près des personnes qui l'entouraient, depuis quand elle était malade, et s'ils connaissaient quelque motif à ces plaintes de la patiente. On me répondit qu'elle était on ne peut plus heureuse chez elle, et que son mari ne lui donnait aucun sujet de désagrément, et que, de son côté, elle avait toujours eu la réputation la meilleure ; mais que, depuis quatre ou cinq jours, on avait remarqué chez elle une loquacité inusitée ; qu'elle était devenue défiante et soupçonneuse à l'excès envers ses amis et ses proches, et qu'en même temps elle avait commencé à se plaindre des bruits qu'elle les accusait de répandre sur sa conduite.

Cette disposition alla en augmentant jusqu'au moment où, après avoir fait une scène violente chez l'armateur, on la reconduisit de force chez elle. C'est à cet instant que je la vis : la langue était saburrale, l'haleine chaude et assez fétide. En m'enquérant de divers points relatifs à la malade, j'appris que, depuis neuf à dix jours, elle n'était pas allée à la selle. Ce fut un trait de lumière pour moi. J'ordonnai à l'instant d'administrer une potion purgative ; mais la malade ne consentit à en prendre que la moitié, et ne

voulut pas achever, prétendant que c'était du poison. En même temps, elle se mit à genoux, me demandant en grâce qu'on ne la fît pas mourir, parce qu'elle n'était pas coupable des choses qu'on lui imputait. Voyant bien alors qu'il n'y avait pas moyen de lui faire prendre la purgation en entier, et craignant que la quantité qu'elle avait avalée ne produisît pas un effet suffisant, je pensai que, comme elle ne refusait pas de boire de l'eau pure et froide, j'arriverais à mon but à l'aide de la potion stibiée, qui m'avait si souvent réussi précédemment; parce qu'en outre de l'avantage qu'elle me procurerait en abattant la surexcitation nerveuse, son action purgative désobstruerait le tube digestif de l'accumulation des matières, cause probable des accidents.

Je fis administrer, en trois fois, la potion stibiée à 4 décigrammes pour 180 grammes de liquide, et j'eus le bonheur de la voir parfaitement tolérée par la malade, qui la prit avec d'autant moins de répugnance, qu'elle avait une soif vive et croyait boire de l'eau pure. Cette potion détermina, au bout de quatre heures, des selles abondantes, qui se continuèrent une partie de la nuit. Elles furent accompagnées de sueurs copieuses. Le lendemain, quand je vins voir la malade, elle n'était plus reconnaissable. Cette femme, folle furieuse la veille, était devenue calme et honteuse. Le souvenir vague de ce qui s'était passé la préoccupait, et l'on voyait que, quoiqu'elle fût assaillie de temps à autre par les idées fausses qui l'avaient tant tourmentée, elle faisait ses efforts pour les repousser.

Elle me reconnut fort bien, chose qu'elle n'aurait pu faire la veille. Elle demanda plusieurs fois ses enfants, qu'on lui avait ôtés la veille, et les embrassait en pleurant, disant qu'elle ne voulait plus les quitter. Du reste, aucune agitation ne se reproduisit.

Pendant un mois, elle resta sombre et rêveuse, éprouvant de temps à autre quelque retour léger de ses idées fixes; mais tout céda à la suite d'un voyage dans le Midi, que je conseillai au mari de faire faire à sa femme. J'ordonnai en même temps de suivre un régime rafraîchissant et laxatif, accompagné de bains tièdes, d'un exercice fréquent et distrayant. Ces moyens suffirent pour consolider la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis deux ans un seul instant. Cette dame est ensuite devenue mère d'un enfant fort bien portant.

On ne peut nier qu'il n'y ait quelque chose de spécial dans les faits que nous venons de décrire. La constipation, symptôme principal, et dont la cessation remplit l'indication la plus importante, ressemble bien à celle de la colique saturnine; cependant, elle a ceci de particulier, que celle de la colique de plomb cède à plusieurs purgatifs énergiques, tandis que la constipation observée chez nos malades a résisté à tous ceux que nous avons employés. Le tartre stibié à haute dose, seul a pu la vaincre et faire cesser le mal. Si l'on réfléchit aux effets du tartrate antimonié de potasse, dans les cas que nous venons de rapporter, on verra que ce médicament a été doublement utile. Le sujet de la troisième observation présentait un état fébrile et le tartre stibié a ramené le pouls à l'état normal et fait tomber la surexcitation circulatoire : c'est là du contro-stimulisme par excellence ; le

système nerveux était dans un état d'éréthisme violent chez la malade qui fait le sujet de la quatrième observation : le sel antimonial a immédiatement ramené les fonctions cérébrales à leur état normal. On obtiendrait peut-être un résultat semblable dans d'autres cas d'excitation cérébrale également prononcés; ces dépressions des systèmes circulatoire et sanguin chez nos malades, donnent au tartre stibié une importance réelle ; mais son effet purgatif, obtenu dans tous les cas que nous avons observés, et la guérison qui en a été la conséquence, en démontrent l'utilité spéciale, puisque les autres purgatifs avaient échoué. L'état morbide observé chez nos malades peut se rencontrer, et se rencontre en effet ailleurs que dans les ports de mer ; nous avons dû le faire connaître, puisque, surtout, nous donnions en même temps le moyen d'y porter remède.

Ce sont ces cas particuliers et exceptionnels qu'il importe le plus de communiquer à nos confrères.

Hippolyte Langevin, D. M.

Havre (Seine-Inférieure).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES REMARQUES SUR LA LUXATION DE LA CUISSE CHEZ LES ENFANTS.

Parmi les lésions articulaires qui s'observent à l'hôpital des Enfants, la luxation accidentelle du fémur sur l'os des iles est sans contredit l'une des plus rares : pendant trente années d'une pratique consciencieuse, M. Baffos, chirurgien de cet hôpital, n'a pas rencontré une seule fois ce genre de déplacement articulaire, et son successeur, M. Guersent, n'a pas encore eu non plus l'occasion de l'observer. Ainsi voilà une période de quarante années environ, durant laquelle la clinique chirurgicale d'un hospice spécialement destiné au traitement des jeunes sujets de cinq à quinze ans, n'a eu à enregistrer aucun exemple d'un fait traumatique qui s'observe assez fréquemment chez les adultes. C'est en grande partie cette rareté qui nous détermine à publier l'observation suivante, avec quelques réflexions pratiques qu'elle nous a suggérées.

Obs. *Luxation accidentelle de la cuisse en haut et en dehors chez un enfant de onze ans.* — Un enfant, âgé de onze ans, a été couché au n° 8 de la salle Saint-Côme, à l'hôpital des Enfants : ce garçon fort, robuste et bien musclé, voulant monter dans une charrette, fut violemment renversé à terre, le cheval ayant pris le trot dans le même instant : s'il faut en croire les parents de cet enfant, l'une des roues de la voiture lui aurait passé sur la hanche et la

cuisse gauche ; aucun autre renseignement ne fut donné sur le mécanisme de la chute : immédiatement après l'accident, le blessé ressentit une douleur des plus vives et se trouva dans l'impossibilité de se relever. Transporté aussitôt à l'hôpital, il s'offrit à notre examen dans l'état suivant :

La cuisse gauche se trouvait dans l'adduction forcée. Le membre pelvien de ce côté présente un raccourcissement de deux pouces ; la pointe du pied tournée en dedans correspond à la malléole interne du pied droit. Le pli de l'aine est très-profond, la face interne du genou gauche répond à la partie antérieure de la cuisse droite et la croise; la cuisse malade est fléchie à angle obtus sur le bassin, et la jambe sur la cuisse. En faisant coucher le malade sur le dos, et en cherchant à ramener le membre à sa rectitude normale, on étend bien la jambe sur la cuisse, mais l'extension de la cuisse sur le bassin est impossible; le raccourcissement du membre et sa rotation en dedans persistent. Le mouvement d'adduction, quoique déjà très-prononcé, peut encore être augmenté, tandis que les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont complétement impossibles : tous ces mouvements sont d'ailleurs très-douloureux, ils arrachent des cris au malade ; c'est surtout quand on veut étendre le membre ou le porter dans l'abduction que ces douleurs deviennent plus vives.

Si on examine le malade par derrière, on voit que le pli de la fesse gauche est plus élevé, et que la fesse est plus saillante que celle du côté droit. Le grand trochanter est sensiblement rapproché de la crête de l'os des iles, et on sent parfaitement dans la fosse iliaque externe une tumeur dure, arrondie, saillante, à laquelle on communique des mouvements notables; quand on agit sur le fémur dans un sens ou dans un autre, on ne remarque aucune crépitation ni aucune mobilité dans toute l'étendue de la tige osseuse. En présence de signes aussi prononcés, le diagnostic ne put être douteux ; il s'agissait bien, en effet, d'une luxation de la cuisse gauche en haut et en dehors (*luxation iliaque* du professeur Gerdy); on pratiqua immédiatement la réduction de la manière suivante.

Le malade est couché dans son lit, sur le côté droit. La cuisse malade est fléchie de manière à former avec le bassin un angle presque droit ; dans cette position l'extension est exercée sur la jambe étendue sur la cuisse et préalablement garnie d'un drap plié et solidement maintenu avec une bande en huit de chiffre assez fortement serrée. La contre-extension porte à la fois sur le bassin et la cuisse droite au moyen de deux draps pliés qui embrassent ces parties. Le chirurgien, placé derrière le malade, pose la paume de la main gauche sur la tête du fémur saillante sur la fosse iliaque externe et la pousse dans la direction de la cavité cotyloïde. Grâce à cette manœuvre, et sans qu'il ait été nécessaire d'exercer une forte extension, la réduction s'opéra très-facilement. Aussitôt le membre reprit sa longueur, sa forme et sa rectitude normales, et les mouvements propres à l'articulation purent être imprimés dans tous les sens, sans aucune difficulté.

On pratiqua après la réduction une saignée du bras; la chaleur de la peau, la rougeur de la face, la fréquence et la dureté du pouls parurent l'indiquer.

Le lendemain plus de fièvre, ni de chaleur générale; on constate seulement que la pression exercée sur le grand trochanter produit une vive douleur. Quelques applications de sangsues furent faites autour de l'articulation. Au bout de quatre jours, toute douleur a disparu; le malade est ce-

pendant encore dans l'impossibilité de soulever lui-même la cuisse : il resta encore quelque temps à l'hôpital, d'où il sortit vingt-un jours après son accident.

En constatant, comme un fait d'observation, l'extrême rareté des luxations du fémur chez l'enfant, on est conduit à se demander à quoi elle tient : serait-ce qu'à cet âge l'élasticité plus considérable du tissu fibreux permet aux ligaments articulaires de céder sans se rompre à l'action des violences extérieures, et de revenir ensuite sur eux-mêmes, en vertu de la souplesse dont ils sont doués ? Cela dépend-il aussi de ce que, lorsqu'ils tombent, les enfants se pelotonnent et se roulent pour ainsi dire sur eux-mêmes, de manière à neutraliser jusqu'à un certain point la puissance de l'effort traumatique ? Il se peut, sans doute, qu'il y ait quelque chose de plausible dans l'explication que renferme cette double hypothèse ; mais pour nous qui, contrairement à l'opinion de plusieurs pathologistes, admettons que le système musculaire joue un rôle important dans la production des différents déplacements articulaires, il nous semble que le faible développement des muscles et le peu d'énergie dont ils sont doués chez les enfants, sont une des principales causes qui rendent le mieux raison de la rareté des luxations du fémur dans les premières années de la vie. Ajoutons qu'à cet âge les individus ne se livrent pas aux travaux pénibles et dangereux qui y exposent le plus.

La réduction des luxations de la cuisse, qui, dans le cas particulier qui nous occupe, a eu lieu par un procédé généralement peu connu, peut s'effectuer à l'aide des machines, ou à l'aide des lacs ordinaires : l'emploi des premières prédomine en Angleterre, grâce à l'autorité d'Astley Cooper, qui s'en servait d'une manière exclusive. En France, au contraire, les machines ont été, en général, rejetées par la plupart des chirurgiens ; ils n'en font guère usage que pour réduire les luxations anciennes. Nous n'examinerons pas ce qu'il peut y avoir de fondé dans les motifs qui ont déterminé cet abandon, et si, en réalité, l'extension faite par les efforts combinés de plusieurs aides est moins violente, plus régulière, surtout plus intelligente que celle qu'on opère avec des machines, dont le chirurgien peut, à son gré, diriger la puissance et la graduer avec une rigueur mathématique ; cette question, pour être résolue, exigerait des développements que ne comporte pas le cadre de ce travail : mais quel que soit le mode de réduction auquel on ait recours, que l'on se serve de machines ou d'aides, ce qu'il importe de savoir, c'est la position qu'il convient de donner de préférence au membre luxé, afin que tous les muscles qui environnent l'articulation soient le plus possible dans le relâchement.

En France, on a trop négligé les préceptes que Cott a tracés pour la réduction des fractures en les appliquant aussi, mais avec moins de rigueur, à celle des luxations. Le grand principe de la flexion des membres, si bien développé par le chirurgien anglais, a cessé d'être méconnu dans ces derniers temps; M. Desprets, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, est celui qui a le plus contribué à faire voir tous les avantages que l'on pouvait en retirer pour la réduction des luxations de la cuisse. On a sans doute remarqué que le procédé mis en usage chez le jeune sujet de notre observation, est fondé sur le même principe : on ne saurait croire avec quelle facilité la réduction s'opère ; sur deux adultes vigoureux nous l'avons vu appliquer avec le même succès ; chaque fois la réduction s'est effectuée comme par enchantement, on a même pu se dispenser d'agir sur la tête du fémur en la comprimant directement pour la faire descendre au niveau de la cavité cotyloïde ; ce dernier temps de l'opération peut, quand on emploie le procédé dont il s'agit, être négligé sans inconvénient.

Une dernière considération pratique ressort du traitement fort rationnel qui a été suivi chez notre malade consécutivement à la réduction. Il s'en faut que l'on se conduise toujours avec la même prudence; trop souvent, dans une luxation, on ne considère que le changement de rapport des surfaces articulaires et les moyens d'y remédier, sans se préoccuper suffisamment, une fois que la réduction est opérée, des désordres anatomiques qui ont pu se produire. Combien de fois n'avons-nous pas vu des chirurgiens, une fois les os remis à leur place, se borner à prescrire le repos et appliquer, pour tout traitement, quelques compresses résolutives autour de l'articulation! Que cela soit suffisant dans un grand nombre de cas, nous voulons bien le croire; mais il en est beaucoup d'autres qui exigent plus d'activité et de vigilance dans la thérapeutique. On sera aisément de notre avis, si on veut bien se rappeler qu'un grand nombre de tumeurs blanches reconnaissent pour origine une violence extérieure qui a donné lieu à une entorse mal soignée ou négligée. Or, comment, après une luxation qui ne peut guère s'effectuer sans s'accompagner de la déchirure des ligaments et de la contusion des autres parties molles péri-articulaires, comment un pareil résultat ne serait-il pas à craindre?

On devra donc, pour le prévenir, insister sur les saignées locales et générales, si des phénomènes inflammatoires se manifestent; on maintiendra le repos le plus absolu tant qu'il existera de la douleur dans l'articulation, et on se gardera bien de conseiller aux malades de marcher en leur disant, comme nous l'avons trop souvent entendu répéter :

que la douleur disparaîtra par l'exercice et à l'aide du temps. Il convient, lorsqu'après l'emploi des évacuations sanguines et des autres antiphlogistiques la douleur n'a pas complétement cédé, de recourir à l'application de vésicatoires autour de l'articulation ; au lieu d'en mettre un seul très-étendu, comme cela a été conseillé, il est mieux d'en appliquer plusieurs successivement ; l'effet révulsif que l'on a en vue de produire est, de la sorte, plus assuré ; l'expérience ne nous a laissé à cet égard aucun doute. Si ces préceptes doivent être suivis en général, ils sont bien plus rigoureusement applicables aux enfants dont la constitution lymphatique se prête avec une si fâcheuse aptitude au développement des maladies articulaires chroniques. Chez les sujets de cette nature, qu'il est si commun de voir entachés d'un vice strumeux qui n'attend qu'une occasion pour se manifester, on ne saurait mettre trop de soin à surveiller les suites de la luxation du fémur, car il est à craindre qu'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale n'en puisse être ultérieurement le résultat.

CHIMIE ET PHARMACIE.

PESSAIRES, BOUGIES ET SUPPOSITOIRES MÉDICAMENTEUX.

Le système Broussais porta un coup terrible à la matière médicale. Déserté presque universellement par les médecins, il ne compte plus guère de partisans en France que parmi les gens du monde et les empiriques. Depuis longtemps déjà la médecine a reconnu l'inanité de la thérapeutique du célèbre professeur du Val-de-Grâce, et l'exagération dans laquelle elle était tombée ; elle reconnaît les secours immenses que l'on peut obtenir des médicaments et revient à leur emploi mais *lentè, lentè*. Nul doute que la somme des progrès acquis en ce sens ne fût plus considérable, si la plus grande partie des praticiens d'aujourd'hui ne dataient de l'époque de la doctrine de l'irritation. Embarrassés à chaque pas de la pratique, par défaut de connaissances suffisantes du sujet et des complications qui lui sont inhérentes, ils n'usent de la matière médicale que dans des limites fort étroites, et non aussi souvent que leur franche réconciliation avec la saine thérapeutique le leur ferait désirer.

Quelque court qu'ait été le règne du broussaisisme, il a néanmoins suffi pour faire perdre de vue une foule de moyens thérapeutiques, à ce point qu'aujourd'hui, lorsqu'on en voit reparaître, tout d'abord, on les accepte pour des nouveautés : tel est le cas des *pessaires médicamenteux*, proposés il y a quelque temps par M. Simpson, et dont quelques jour-

naux de médecine français ont déjà fait connaître les formules. On doit savoir gré au chirurgien écossais d'avoir appelé l'attention des praticiens sur les pessaires médicamenteux; mais, contrairement au dire du Monthly journal, il s'en faut de beaucoup que M. Simpson soit l'inventeur de ce moyen thérapeutique. Voici, en effet, ce que nous disons dans la deuxième édition de l'*Officine*, à la suite de l'article *Suppositoires*.

« Autrefois on faisait des suppositoires vaginaux ; qu'on nommait *pes-* « *saires* (de πεσσός, plumasseau). Ces suppositoires, qui pourraient encore « être utilisés aujourd'hui, dans certains cas, avec beaucoup d'avantage, « étaient une sorte de cylindres creux comme un doigt de gant, faits de « toile fine ou de taffetas, et remplis de poudres ou autres substances mé- « dicinales. On les introduisait dans le vagin ou pour guérir les relâche- « ments de l'utérus, ou contre les hémorrhagies de cet organe, ou pour « exciter la menstruation, etc.

« On se servait, en outre, de suppositoires en bois, en liége, en « éponge, en coton, qu'on enduisait d'une pommade ou d'un liniment « approprié à la maladie, comme de teinture de castoréum et de camphre « mêlés à l'onguent d'althæa ou à une huile empyreumatique pour l'hys- « térie, d'huile rosat et de poudre astringente contre les relâchements « du vagin, etc. On attachait un petit ruban à ces suppositoires pour les « retirer avec plus de facilité. »

A l'article *Bougies emplastiques*, nous mentionnons encore l'invention de M. Raynal, pharmacien : elle consiste dans la préparation de bougies et de pessaires entièrement dissolubles, en se servant, comme véhicule des agents thérapeutiques, d'un mélange gommo-gélatineux.

La chronologie des pessaires médicamenteux établie, et avant de passer à la partie qui nous concerne plus spécialement, la pharmacologie, ajoutons encore un mot sur les avantages que peut présenter cette forme pharmaceutique.

Dans les affections du vagin, ainsi qu'il est dit dans l'article du Monthly journal (1), auquel nous avons fait allusion plus haut, on emploie diverses substances en applications locales et sous diverses formes (caustiques solides, injections diverses), mais ces applications ne peuvent être que temporaires, ne peuvent durer que quelques minutes. Il est cependant quelques formes de maladies dans lesquelles il n'est pas sans importance de maintenir continuellement les applications thérapeutiques ; les pessaires médicamenteux remplissent parfaitement cette indication. Avec eux, dans les cas où le col de l'utérus est ulcéré ou in-

(1) Voir la livraison du 30 juillet de ce journal.

duré, on maintient cette portion de l'organe au milieu d'un bain mercuriel ou ioduré. Les pessaires remplissent encore une autre indication, dans les cas d'irritation ou d'inflammation de la muqueuse du col de l'utérus ou du vagin ; ils maintiennent séparées les surfaces malades, et l'on sait combien cette circonstance est importante dans la pathologie des surfaces muqueuses et cutanées.

Quel est le meilleur mode de préparation des pessaires médicamenteux ? Nous avons vu comment les anciens pharmacologistes entendaient leur préparation ; on pourrait encore les disposer de même. On pourrait aussi faire très-commodément des pessaires avec les emplâtres de ciguë, de Vigo, de savon, astringent, etc., selon l'indication thérapeutique. Pour les divers agents médicamenteux, qui ne se trouvent pas habituellement sous forme emplastique, on pourrait se servir de l'emplâtre simple comme véhicule. Mais la grande consistance qu'auraient ces pessaires ne permettrait qu'à la couche médicamenteuse de la surface de produire son effet, tout le reste du médicament engagé dans l'intérieur du pessaire serait en pure perte.

La masse emplastique céro-graissense du docteur Simpson n'a pas cet inconvénient. Diffluente ou à peu près sous l'effet de la chaleur de la cavité vaginale, elle laisse arriver une plus grande proportion de l'agent médicamenteux au contact de la muqueuse. Elle a cependant un inconvénient selon nous : une fois introduit dans la cavité vaginale, le pessaire se ramollit de suite, plus à la périphérie qu'au centre, il est vrai ; mais celui-ci ne s'en trouve pas moins dans un état de ramollissement, qui ne permettrait que difficilement de dégager l'orifice vaginal ; de sorte que si la malade voulait retirer le pessaire, elle serait fort embarrassée de le faire ; il lui faudrait attendre qu'il fût expulsé de lui-même par suite de sa liquéfaction graduelle.

Il faut considérer en outre que les matières grasses, en s'écoulant à l'extérieur, tachent le linge d'une manière désagréable, et, par-dessus tout, que les corps gras semblent moins propres à faciliter l'absorption des médicaments que des substances gommeuses solubles dans les liquides animaux, substances propres, en outre, à tempérer l'action trop vive de quelques agents médicamenteux.

Un véhicule plastique gommo-gélatineux nous paraît donc préférable, dans tous les cas, où le précédent ou tout autre n'est pas commandé par une cause particulière. En effet, les particules médicamenteuses engagées dans un tel véhicule viennent successivement et en totalité au contact avec la muqueuse malade, à mesure de la dissolution de ce dernier.

Les bougies urétrales et vaginales de M. Raynal qui, comme nous

l'avons dit, a eu le premier l'idée d'employer une masse gommo-gélatineuse à la préparation de ces instruments, sont, l'agent médicamenteux à part, entièrement faites avec cette masse. Nous leur ferons donc, sous un rapport, le même reproche qu'aux pessaires de M. Simpson : si les malades voulaient les retirer avant leur complète dissolution, elles seraient fort embarrassées de le faire. La présence d'un noyau ou mandrin central dans les pessaires nous paraît être une amélioration réelle. Mais quelle substance convient-il d'employer à cet effet ? Le bois, l'éponge, les tissus enroulés, le caoutchouc, la gutta-perka, etc., pourraient servir à cet usage ; mais le liége, en raison sa légèreté, de son élasticité, de son prix et de la facilité avec laquelle on le taille, nous paraît mériter la préférence.

Maintenant voici la formule du véhicule plastique que nous proposons :

Gélatine fine................	2 parties.
Gomme....................	2 parties.
Sucre......................	1 partie.
Eau ordinaire, et mieux, eau distillée odorante (de rose, de fleur d'orangers, de laurier-cerise, etc.)	2 parties.

On fait fondre au bain-marie.

Veut-on préparer des pessaires médicamenteux? on triture avec l'eau l'agent médicamenteux soluble ou non, on ajoute la gélatine, la gomme et le sucre, et l'on fait liquéfier le tout.

D'autre part, on taille du liége en cylindres d'environ 4 centimètres de long sur 1 et demi de diamètre, que l'on arrondit aux deux extrémités, de manière à leur donner la forme d'un ovoïde allongé. On fixe autour de cet ovoïde, dans le sens de la longueur, un petit ruban que l'on noue à la base de l'ovoïde, de manière à laisser deux bouts libres de 12 à 15 centimètres de longueur. Enfin, on implante, à cette même base de l'ovoïde de liége, une longue et grosse épingle (épingle noire à cheveux).

Ces dispositions prises, et la masse plastique étant fondue, on y plonge le liége en le tenant par l'épingle ; on le retire, en lui faisant aussitôt décrire quelques cercles dans l'air, afin de hâter le refroidissement de la masse plastique, et on fiche la tête de l'épingle dans du sable fin tassé, ou tout autre corps, dans lequel l'épingle puisse être fixée facilement. Si une couche ne suffit pas, on en donne une seconde, une troisième, en opérant comme la première fois.

C'est, comme on le voit, le procédé Garot, pour la gélatinisation des pilules.

L'épaisseur convenable de la couche plastique est de 2 à 4 millimèt.

Il va sans dire que, dans le cas d'un médicament insoluble ou à peu près, il faut établir, par l'agitation, l'homogénéité du mélange au moment de donner la couche.

Afin de ne pas salir les bouts de ruban, une bonne précaution est d'en faire un petit bourdonnet qu'on enveloppe serré dans du papier. Le but de ces bouts de ruban est de permettre de retirer à volonté, et même quelquefois de fixer le pessaire dans le vagin.

Lorsque les pessaires sont complétement refroidis, on les huile très-légèrement à la surface pour les empêcher de se coller entre eux; puis on enlève l'épingle, on développe les bouts de ruban, et les pessaires sont prêts pour l'usage.

On les empêche d'être expulsés du vagin par suite de la rétraction musculaire, à l'aide de la ceinture périodique.

Presque tous les agents médicamenteux peuvent être incorporés dans le mélange gommo-gélatineux, et être employés sous forme de pessaires. Nous citerons plus particulièrement: le calomel, les iodures de mercure, de plomb, de potassium, le borax, l'oxyde de zinc, les sels de morphine, de quinine, les extraits de belladone, d'opium.

Cependant pour les substances astringentes, telles que le tannin et toutes les substances végétales tannifères, le sulfate d'alumine, le sublimé corrosif et les autres sels métalliques assez nombreux qui forment des composés insolubles avec la gélatine, et partant qui lui sont incompatibles, il faut avoir recours au mélange soluble suivant:

Gomme	4
Sucre	2
Eau.	1 à 2.

Faites fondre au bain-marie. Ce mélange doit être très-épais; avoir, par exemple, la consistance au moins qu'a la pâte de jujubes au moment de la couler dans les moules. Autrement les pessaires seraient trop longs à sécher. Du reste, sur ce point, la pratique instruira mieux qu'on ne le pourrait faire par la démonstration écrite.

Pour la suite de la préparation des pessaires avec ce dernier mélange, on opère comme avec le premier.

Ce que nous venons de dire pour les pessaires, relativement à la nécessité d'un support central, à la nature du véhicule plastique et aux agents thérapeutiques qui peuvent y être incorporés, s'applique complétement aux *suppositoires* pour le rectum, et aux *bougies* pour l'urètre. Seulement le liége, que nous préconisons pour les pessaires vaginaux, ne pourrait convenir dans les deux derniers cas, attendu que, taillé aussi fin qu'il devrait l'être pour ces objets (sans compter la diffi-

culté qu'il y aurait à cela), on serait exposé à le voir se rompre fréquemment. La *gutta-percha*, ramollie par le moyen de l'eau chaude, puis roulée en cônes allongés, pour les suppositoires, et en cylindres déliés, terminés en cônes à une extrémité, pour les bougies urétrales, nous paraît fort convenable.

Nous avons dit plus haut les avantages que les thérapeutistes, auxquels ils sont pour ainsi dire inconnus, pourront retirer des pessaires médicamenteux. Mais l'indication rationnelle sous-entendue, on peut, cependant, reconnaître un défaut à cette forme pharmaceutique : c'est, pour être bien exécutée, d'exiger, avec de l'habitude, une certaine habileté manuelle. En effet, on peut dire qu'elle vient s'inscrire parmi ces formes de médicaments qui constituent surtout la partie artistique de la pharmacie. Nous émettons cette réflexion, afin que l'on apporte tous les soins désirables, que l'on ajoute toute l'importance qu'elle comporte à la bonne confection de ces instruments de médication ; condition de laquelle les bons effets dépendent, autant que de l'agent médicamenteux lui-même. Pour obtenir de bonne besogne, il faut avoir de bons outils, dit le proverbe. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ŒDÈME ET SUR L'ENDURCISSEMENT ADIPEUX DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, MALADIES CONFONDUES A TORT SOUS LE NOM DE SCLÉRÈME.

Il semble que les dernières recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés auraient dû fixer d'une manière définitive l'opinion des médecins sur ces états pathologiques si bien caractérisés que présentent ces enfants, et qu'on a désignés sous les noms divers de sclérème, sclérémie, endurcissement, endurcissement adipeux, œdème, anasarque, etc. Et, cependant, nous voyons de temps en temps paraître dans les recueils scientifiques des articles qui prouvent que toutes les incertitudes sont loin d'être dissipées. J'ai lu encore, dans le dernier numéro de ce journal, la relation d'un fait observé à l'hôpital Necker et qui, suivant l'auteur de l'article, serait de nature à prouver que la maladie dont il s'agit est due à un endurcissement spécial du tissu cellulaire, et non à une infiltration séreuse. La manière dont cette proposition est énoncée me fait voir que les faits observés aux Enfants-Trouvés par Billard et par moi n'ont pas encore été suffisamment saisis, et c'est ce qui m'engage à les rappeler rapidement ici.

Avant les recherches de Billard, on n'établissait pas de différence entre l'endurcissement adipeux et l'œdème des nouveau-nés ; ainsi, Audry et Auvity désignaient indifféremment sous le nom d'enfants durs ceux chez lesquels il y avait coagulation des sucs séreux et adipeux. M. Tronon avait à peu près la même manière de voir. M. Liger commença à voir qu'il fallait établir une distinction entre l'œdème et les autres états morbides ; mais, on ne sait pourquoi, il regarda cet œdème comme un œdème compacte.

Billard démontra jusqu'à l'évidence qu'il s'agissait d'un véritable œdème, dans lequel la sérosité coulait abondamment de toutes les incisions faites au tissu cellulaire, et dès lors il ne fut plus permis de douter de ce fait. Mais il restait un certain nombre de cas dans lesquels il n'y a pas de sérosité dans le tissu cellulaire, tandis que le tissu adipeux, devenu dur comme de la graisse figée, ou plutôt comme la graisse refroidie des animaux qu'on a saignés pour les tuer, donne aux membres une consistance très-considérable. Ces derniers cas ont été un peu négligés par Billard, et ce sont pourtant eux qui sont cause de la déplorable confusion qui règne encore.

Il n'est peut-être pas de question où l'influence des mots se fasse plus fortement sentir que dans celle-ci. Avant que l'anatomie pathologique eût fait des progrès suffisants, on a décrit un état morbide sous le nom d'endurcissement. Pour désigner l'état des enfants, on a dit : ce sont des enfants durs, et maintenant encore, lorsqu'on trouve des enfants dont le corps présente une consistance plus grande qu'à l'état normal, on croit avoir affaire à une maladie unique qu'on désigne sous le nom de sclérème ou d'endurcissement.

Mais, n'est-il pas nécessaire d'abord de se demander si cet état d'endurcissement doit être réellement rapporté à une cause unique ? Dans mes recherches sur les maladies des nouveau-nés, je fus frappé de voir deux états bien distincts être, aux Enfants-Trouvés, désignés sous le nom vague d'endurcissement des nouveau-nés. Des exemples de l'un et de l'autre passèrent sous mes yeux ; je les étudiai avec beaucoup d'attention, et bientôt je vis la cause de la confusion qui régnait alors, et qui, comme le prouve l'article que j'ai cité plus haut, n'a pas encore complétement cessé. En 1835, dans ma thèse inaugurale, intitulée : *Asphyxie lente des enfants nouveau-nés, etc.* (2 janvier), je m'attachai à distinguer avec grand soin ces deux états anatomiques, qui se rattachent à des circonstances pathologiques très-différentes, et ce que j'ai établi alors s'est trouvé confirmé par les nouvelles recherches que j'ai consignées dans ma *Clinique des enfants nouveau-nés* (1838, chap. v). Voici à quel résultat m'ont conduit ces recherches :

D'abord, il n'est pas douteux que dans l'immense majorité des cas, ce que l'on a nommé endurcissement chez les enfants nouveau-nés ne soit dû à un œdème du tissu cellulaire. A quelqu'un qui aurait passé quinze jours à l'hospice des Enfants-Trouvés, et qui ne serait pas convaincu de la vérité de cette assertion, il n'y aurait rien à répondre, sinon que ses sens lui font complétement défaut. Il n'y a qu'à suivre les progrès de l'œdème pendant la vie ; la dépression du doigt conservée, la propagation de l'infiltration, et, par-dessus tout, l'écoulement de la sérosité à l'incision, sa présence dans les mailles du tissu cellulaire, sont des choses qui se touchent et qui se voient ; sur ce point, il n'y a pas de dénégation possible.

Il n'en est pas moins vrai que quelques enfants présentent, dans les derniers jours de leur vie, les symptômes qui ont été observés chez l'enfant mort à l'hôpital Necker ; mais, est-ce la même maladie ? Je n'hésite pas un seul instant à répondre non. J'ai vu des cas semblables ; j'en ai cité. On peut en voir un exemple remarquable dans la septième observation de ma *Clinique des enfants nouveau-nés* (1) ; mais rien n'a pu m'autoriser, bien qu'on désignât les enfants sous le nom d'enfants durs, à les regarder comme atteints de la même affection que ceux qui présentaient de l'œdème. Voici, en effet, les différences très-grandes, je devrais dire l'opposition complète, que j'ai trouvées entre ces deux états. J'emprunte cette description à la *Clinique des nouveau-nés* (p. 644) :

« Dans une incision profonde, pratiquée sur un membre œdématié, le derme, le pannicule graisseux et le tissu lamelleux, forment trois couches bien distinctes, dont la dernière, bien plus considérable que les autres, a quelquefois un demi-pouce de hauteur, et laisse écouler une sérosité abondante. Dans l'induration adipeuse, au contraire, cette dernière couche est extrêmement mince, blanche, très-sèche, et prend la forme de filaments quand on la déchire.

« Dans le premier cas, le pannicule graisseux paraît aminci, quoiqu'il ne le soit pas réellement ; ses masses adipeuses sont divisées par des interstices œdémateux ; il a une couleur jaune et quelquefois légèrement rougeâtre ; dans le second, cette couche ne paraît pas amincie ; elle est très-dense, ses interstices ne se voient qu'à la partie inférieure, encore ne paraissent-ils que comme des lignes très-déliées ; sa couleur est ordinairement d'un blanc mat, il n'en sort aucun suc.

« Le derme, dans l'œdème, est mou et contient une très-grande

(1) L'enfant commença à présenter un endurcissement adipeux des jambes le onzième jour de sa maladie qui était un muguet intense. Il mourut le quatrième jour après la manifestation de cette induration.

quantité de sang, qui sort des vaisseaux en grosses gouttes noires; dans l'endurcissement adipeux, le derme est consistant et ne laisse paraître, à distances assez grandes, que de petites gouttelettes de sang. Ainsi, différence entière dans l'état des parties...

« Je crois pouvoir conclure de tout ce qui précède, que l'endurcissement adipeux diffère entièrement de l'œdème des nouveau-nés, par ses causes, son siége et sa nature, et qu'on ne doit même pas en faire une variété de cette maladie. »

Ce qui pourrait induire en erreur, c'est que parfois l'œdème et l'endurcissement adipeux existent chez le même sujet; mais quand on suit le développement de la maladie, on voit que l'endurcissement adipeux ne s'est produit que dans les derniers jours de l'œdème, comme il l'aurait fait dans les derniers jours d'une autre maladie. L'endurcissement adipeux n'est pas, en effet, à proprement parler, une maladie. C'est une lésion qui survient dans quelques agonies, et qui souvent ne se manifeste évidemment qu'après la mort. Ce que j'avance là, je l'ai prouvé par des faits.

Toutes ces discussions auraient bien peu d'importance s'il n'en résultait rien pour la thérapeutique; mais il n'en est pas ainsi. On comprendra, en effet, facilement combien il importe de ne pas confondre deux états aussi différents, quand il s'agit du traitement. L'œdème, maladie évidente et très-distincte, est une affection curable dans laquelle les émissions sanguines sont très-utiles, ainsi que l'ont démontré les faits que j'ai observés. L'endurcissement adipeux annonce, au contraire, une mort certaine et prochaine; il n'y a rien à lui opposer. Il faut que le praticien en soit bien instruit, pour ne pas abandonner un cas curable, et pour ne pas, dans un cas désespéré, mettre en usage des moyens douloureux et qui pourraient hâter la mort.

Je pense qu'après les explications précédentes, il n'y a plus de discussion possible.

VALLEIX,
Médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur l'épidémie de diarrhée qui règne en ce moment. — La marche sans cesse envahissante du choléra en ces derniers temps devait éveiller notre sollicitude. Nos lecteurs se rappellent que lors de l'épidémie si désastreuse de 1832, le *Bulletin de thérapeutique* a largement rempli sa mission en les tenant au courant de toutes les tentatives de traitement qui furent essayées contre le choléra; ils peuvent

être persuadés que si le fléau venait de nouveau s'appesantir sur notre malheureux pays, notre journal ne mentirait pas à son passé, et que les renseignements qui pourraient être de quelque utilité dans ces pénibles circonstances leur seraient immédiatement transmis.

L'année dernière, quelques cas légers de choléra sporadique sont venus, par la publicité exagérée qui leur a été donnée, émouvoir un instant le public ; nous avons cru devoir rassurer nos confrères. Plus tard, lorsque le calme a été complétement rétabli, nous avons saisi l'occasion de l'excellente lecture faite à l'Académie par M. Monneret, sur l'épidémie de choléra qu'il était allé étudier à Constantinople, pour publier une note de ce confrère. Nous pensions, et je crois avec raison, que c'est au moment où l'esprit ne se trouve pas par trop préoccupé, qu'il importe de lui fournir l'occasion de faire un retour en arrière, afin de ne pas être pris au dépourvu lorsque le moment du danger arrive.

Depuis cette époque, le fléau indien n'a point disparu des contrées d'Europe ; par un mouvement de reflux il s'est concentré pendant l'hiver dans la Turquie ; mais le mouvement de flux s'est manifesté, et, comme la marée, il gagne sans cesse du terrain ; Saint-Pétersbourg et Moscou lui ont largement payé leur tribut ; c'est le tour de Berlin, qu'il a même déjà laissé derrière lui ; bref, les journaux anglais de la fin du mois dernier nous annonçaient même que parmi les vingt-cinq cas de choléra sporadique qui s'étaient manifestés à Londres, cinq ou six d'entre eux devaient être indubitablement rapportés au choléra asiatique.

Londres, avec nos lignes de chemins de fer terminées, se trouvait trop voisin de nous, pour que nous hésitassions un instant à accepter la proposition que nous fit M. Velpeau d'aller visiter ses hôpitaux ; c'était l'occasion de nous assurer, sur les lieux mêmes, de ce qu'il y avait de légitime dans les craintes exprimées de l'arrivée prochaine du choléra.

Nous avons parcouru tous les hôpitaux de Londres depuis la publication de notre dernière livraison, et nous y avons rencontré seulement des cas nombreux de diarrhée, dont rend parfaitement raison la constitution atmosphérique de l'Angleterre cette année. Le mois d'août, qui d'ordinaire est le plus beau, et celui où il tombe le moins d'eau, a été excessivement pluvieux cette année. Les fruits, qui sous un ciel brumeux mûrissent toujours difficilement, doivent être encore de pire qualité, et les Anglais en sont très-friands.

En tout autre temps, nous prêterions une médiocre attention à cette grande quantité de flux diarrhéiques, qui ne sont pas moins communs en France qu'en Angleterre ; mais, nous rappelant la relation

que M. Monneret nous a faite de la marche du choléra à Constantinople, nous croyons devoir fixer l'attention des praticiens sur cette forme épidémique.

On doit se souvenir, en effet, que dans les contrées visitées par notre confrère, les individus seuls qui présentaient des flux diarrhéiques étaient atteints par le fléau ; au contraire, il épargnait ceux chez lesquels cette sorte d'épi-phénomène du choléra était enrayé par une médication appropriée.

L'étude des épidémies démontre, en effet, que toujours une affection épidémique plus légère semble venir en avant-coureur préparer les voies au fléau destructeur qui la suit. Cette forme épidémique de la diarrhée est-elle l'équivalent de la grippe et de la suette qui ont précédé les apparitions du choléra en 1832 et 1833? Nous ne le pensons pas ; les causes climatériques et saisonnières rendent parfaitement raison de la forme intestinale des accidents. L'article que nous recevons de M. Simon, à l'instant où nous écrivons ces lignes, nous dispense de discuter ce point, de nous étendre davantage, et nous terminerons en donnant le conseil, au milieu des circonstances présentes, de combattre avec soin même les indispositions légères sur lesquelles notre art a toute puissance.

L'approche de l'automne et le besoin de préserver l'économie de refroidissements devront nous faire recourir de bonne heure à l'usage des vêtements chauds ; à ceux de flanelle en particulier. La disposition diarrhéique, qu'elle soit due au retour du froid ou à la constitution médicale actuelle, devra rappeler l'usage si utile de ces ceintures ou de ces *tabliers* de flanelle, qui, en couvrant immédiatement les parois abdominales, protégent les viscères sous-jacents de l'influence des transitions atmosphériques trop rapides. Une alimentation modérée et de facile digestion permettra, en évitant l'usage des fruits de qualité médiocre, d'éloigner cette disposition qui, si elle continuait, pourrait alarmer les esprits.

Mais nous pensons que tant que les vents du sud ou de l'ouest souffleront, nous n'aurons point à redouter une épidémie qui occupe des régions situées dans une direction opposée.

Coup d'œil sur les services de chirurgie : l'hôpital Saint-Thomas.— Nous voyagions avec M. Velpeau, c'est dire que les portes des hôpitaux nous ont été largement ouvertes. Qu'il nous soit permis de remercier de nouveau nos confrères anglais du magnifique accueil qu'ils ont fait à l'une de nos premières illustrations chirurgicales.

Grâce aux bonnes dispositions prises par notre excellent confrère, le docteur Bennet, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous n'avons pas perdu une seule minute, et nous lui sommes redevables de l'intérêt qui s'est manifesté à chaque pas.

Arrivés à Londres à deux heures, nous étions, dix minutes après, à Saint-Thomas, hôpital le plus voisin du débarcadère du chemin de fer, et nous allions suivre une visite.

Avant de parler des malades, qu'il nous soit permis de faire quelques remarques sur les particularités qui ont dû nous frapper.

Cette visite, d'abord, qui a lieu au milieu de la journée, et force à remettre toute médication active au lendemain. Mais telle est l'empire de la routine en Angleterre, que les médecins n'ont pas même songé à détruire cette habitude, persuadés qu'ils sont d'échouer. On conçoit cependant que leur désir de voir changer un semblable état de choses doive être grand. Les médecins, en Angleterre, ne peuvent pas commencer leurs visites chez leurs clients avant midi; or, lorsqu'ils sont fort occupés, comme cela arrive pour la plupart des chefs de service des hôpitaux, ils doivent donc regretter le temps qu'ils consacrent à leur clinique ; aussi ne viennent-ils généralement que trois fois la semaine en faire le service; le reste du temps ils se font remplacer par les médecins et les chirurgiens adjoints.

Un point nous a encore étonnés davantage, il est vrai que cette dernière coutume n'existe plus qu'à Saint-Thomas; c'est de voir les malades d'un médecin ou chirurgien éparpillés dans toutes les salles de l'hôpital. Il en a quatre dans une salle du rez-de-chaussée, six au premier, deux au second, puis cinq dans un autre corps de bâtiment; aussi arrive-t-il souvent que deux ou trois chefs de service se rencontrent, entourés de leur état-major et de leurs élèves, dans une des salles; il faudrait qu'elles fussent bien grandes pour que l'arrivée de quarante à cinquante personnes n'amenât pas de désordre !

Laissons là ces détails, destinés à disparaître, pour nous occuper des points qui doivent nous intéresser davantage ; cependant on l'avouera, pour nous, habitués à la régularité et à la précision de nos hôpitaux de Paris, le décousu que nous venons de signaler devait grandement nous choquer.

Le nombre des malades que le médecin a à soigner varie tous les mois, et le hasard seul en décide. Chaque semaine, un chef de service différent se trouve chargé de la consultation, et tous les malades qu'il admet se verront traités par lui; de sorte que, les huit ou dix premiers jours, son service offre un vif intérêt, qui va ensuite en décroissant, et devient nul à la fin du mois; alors une nouvelle con-

sultation amène un nouveau flux de malades, trop considérable même pour que les élèves et le médecin puissent observer avec soin chacun des cas.

Cependant le nombre des affections aiguës ne se présente pas aussi considérable qu'on le penserait tout d'abord, à en juger par l'organisation des hôpitaux français. En Angleterre, les hôpitaux sont entretenus par des souscriptions volontaires, comme nos dispensaires; de sorte que les malades doivent se présenter avec une lettre de l'un des souscripteurs; la période aiguë de leur affection se trouve ainsi terminée souvent, lorsqu'ils sont parvenus à se procurer cette recommandation. Le croirait-on? il n'y a à Londres qu'un hôpital où l'on admette les malades, sans s'inquiéter de leur pays, de leur religion et de leurs mœurs!

Les hôpitaux anglais sont grands, spacieux, entretenus avec beaucoup de soin, et présentent une grande propreté; on y observe un régime alimentaire excellent, mais beaucoup moins varié que chez nous. Plusieurs points nous ont encore choqués. Notons d'abord la confusion des âges. Les jeunes enfants sont placés dans les salles des femmes; mais lorsque les petits garçons ont 8 ou 10 ans, ils sont envoyés pêle-mêle avec les hommes. Citons encore la disposition des lits, qui ne sont pas élevés à plus d'un pied de terre. Je vous laisse à penser combien la visite doit être fatigante pour le médecin. S'il veut ausculter avec soin, il se voit obligé de se mettre à genoux, ou, comme je l'ai vu, de se servir d'un stéthoscope de près de deux pieds de longueur. Quant au chirurgien, il faut qu'il se résigne à se tenir continuellement le corps courbé en deux, s'il désire faire un pansement lui-même; aussi les chefs de service en font peu et en laissent le soin à leur adjoint ou aux internes. Si nous avons autant insisté sur ces particularités, c'est qu'elles constituent autant d'entraves apportées à ce que ce service soit fait aussi bien que dans nos hôpitaux par les chefs eux-mêmes. Cependant, à part ces incommodités, qui tiennent à une routine vicieuse et au caractère peu progressif des idées dans le pays pour tout ce qui tient aux choses organiques, le médecin est le maître : il n'y a pas là de bureaucrate qui vient contrecarrer son influence et sa bonne volonté pour les malades.

Mais c'est assez nous être étendu sur les imperfections graves dont tout le monde convient, mais en reconnaissant l'impossibilité d'y porter remède. Jetons un coup d'œil sur les malades.

Le premier service que nous ayons visité est celui de M. Green, chirurgien en chef des vénériens; nous avons peu de chose à citer, si ce n'est que la syphilis ne se montre pas moins fréquente à Londres qu'à Paris; elle semble même y faire de plus terribles ravages. On n'a point

organisé encore d'hôpitaux spéciaux, de sorte que les affections syphilitiques de toutes sortes, accidents primitifs, secondaires, tertiaires, se trouvent réunis à Londres dans un même service, et présentent à l'œil le spectacle saisissant de ces cabinets secrets des musées, où les préparations en cire représentent les cas les plus horribles des affections de cette nature. Faut-il attribuer cette impression pénible à la concentration des malades? Nous ne le pensons pas. Les accidents sont réellement plus terribles en Angleterre. On le concevra sans peine, lorsqu'on saura que la prostitution, à Londres, n'est soumise à aucune mesure restrictive. Les femmes publiques ne viennent réclamer des soins dans les hôpitaux qu'alors seulement que les accidents sont très-graves. Un fait que nous n'oserions signaler, s'il ne nous avait été affirmé par plusieurs des chirurgiens qui nous accompagnaient, c'est que jamais, à leur entrée comme à leur sortie, on n'examine ces femmes au spéculum!! On comprend sans peine la cause des cas nombreux de syphilis que l'on rencontre chez les gens du peuple.

Nous demandâmes à M. Green s'il prescrivait souvent le proto-iodure de mercure, et nous restâmes étonnés d'apprendre qu'on ne pouvait employer ce médicament en Angleterre. Quelque minime que soit la dose à laquelle on l'administre, il produit des coliques et quelquefois de la salivation. Ces résultats cliniques nous prouvent ou que le proto-iodure de mercure est prescrit concurremment avec l'iodure de potassium (1), ou que le sel fourni par le commerce contient une proportion très-marquée de deuto-iodure de mercure, qui, on le sait, est doué d'une énergie à peu près égale à celle du sublimé corrosif lui-même. M. Mialhe, dans un article publié dans ce journal (tome XXIV, page 357) a montré, en effet, que le proto-iodure préparé selon la formule que donnent les Pharmacopées de Londres ou de Paris, contenait quelquefois jusqu'à un dixième de son poids de bi-iodure, et que c'était à ce mélange de ces deux composés hydrargiriques que l'on devait les résultats variables qu'on obtenait dans les hôpitaux de Paris il y a quelques années. Il a prouvé, en outre, que par des lavages répétés avec l'alcool bouillant, on pouvait séparer toujours la quantité plus ou moins marquée de deuto-sel que le proto-iodure neutre contenait. Depuis que nous avons publié ce travail de M. Mialhe, on n'emploie plus en France que du proto-iodure parfaitement lavé à l'al-

(1) Tous les chimistes savent, en effet, que l'iodure de potassium transforme immédiatement le proto-iodure en bi-iodure métallique; aussi les praticiens ne doivent-ils jamais administrer l'iodure de potassium avant, pendant ou après l'injection du proto-iodure mercureux.

cool, et l'on peut en doubler et tripler la dose, sans voir survenir ces diarrhées et même ces salivations, autrefois si fréquentes.

MM. South et Le Gros Clarke nous ont ensuite fait visiter rapidement les autres services de l'hôpital Saint-Thomas. Cependant, tout en courant, nous avons vu quelques cas des plus intéressants.

Un homme de trente-sept ans présentait une persistance du trou de Botal, avec tous les accidents que ce vice de conformation entraîne. Il avait été admis à l'hôpital pour un anévrysme du volume d'un gros œuf de poule, siégeant dans le creux poplité, que l'on traitait par la compression. Le mauvais état de la santé générale de ce malade ne permettait pas d'appliquer un autre mode de traitement. Du reste, quel ques faits sont des plus favorables à la méthode de la compression abandonnée depuis longtemps, et que les chirurgiens anglais ont voulu faire revivre dans ces dernières années. Témoin le cas suivant. Un homme de trente ans portait depuis deux mois, dans le creux poplité du côté droit, une tumeur de trois pouces de long, pulsatile et du volume d'un œuf de pigeon. Les branches collatérales qui entourent le genou étaient dilatées, et particulièrement une de ces branches qui croisait le condyle interne. Après quelques jours de repos dans la position horizontale, et après avoir fait prendre au malade 10 gouttes de teinture de digitale, trois fois par jour, le docteur Cusack appliqua une compression sur l'artère fémorale, au niveau du pubis, de manière à affaiblir le courant circulatoire, sans l'interrompre. Lorsque la compression devient douloureuse, on déplace l'instrument et on le met à un demi-pouce au-dessous ; ainsi de suite, en alternant d'un point à l'autre. Ce traitement commença le 22 avril, et le 24 la tumeur avait beaucoup durci : à peine si on y sentait des battements ; la compression fut alors augmentée de manière à suspendre entièrement les pulsations, et le 26 la tumeur ne présentait plus de pulsations. Les battements n'avaient pas reparu un mois après, et la tumeur diminua de jour en jour.

Les anévrysmes sont beaucoup plus fréquents en Angleterre qu'en France ; il n'est pas d'hôpital à Londres dans lequel nous n'en ayons rencontré.

M. South nous a fait voir une jeune femme de ses malades, guérie d'une fracture du sacrum et de l'os des iles du côté gauche, sans paralysie du membre inférieur correspondant. A côté, se trouvait placée une petite fille dont la tempe gauche était occupée par une tumeur crurale de l'étendue d'une large paume de main. Malgré les nombreuses méthodes qui journellement sont inventées en Angleterre, M. Le Gros Clarke nous avouait qu'il était indécis sur le procédé qu'il adop-

terait ; il réclama l'avis de M. Velpeau. Celui-ci, en homme de grande expérience, lui répondit que toutes les méthodes lui avaient fourni de nombreux insuccès.

Deux procédés nous paraissent applicables à la cure d'une semblable tumeur : des applications successives de caustique de Vienne, mais avec le soin de laisser, entre les deux points que l'on attaquerait simultanément, un intervalle de peau saine ; ou mieux l'application du cautère actuel.

Nous avons vu ces deux moyens couronnés d'un plein succès dans des cas aussi graves que celui de cet enfant.

La dernière malade qui nous a été présentée est une femme à laquelle nous avons fait répéter deux fois son âge ; la pancarte accusait trente-sept ans, mais la patiente paraissait en avoir quarante-cinq. On l'avait admise à l'hôpital pour une large tumeur, qui occupait en hauteur les deux tiers supérieurs de la cuisse droite, et en largeur toute la face interne et antérieure du membre. Quelle était la nature de cette tumeur? peu étendue en hauteur, nous venons de dire qu'il n'en était pas de même dans ses autres dimensions ; la peau qui la recouvrait présentait de larges veines, ainsi qu'il arrive toutes les fois qu'une tumeur quelconque vient gêner la circulation profonde du membre. Le toucher perçoit la sensation d'empâtement et l'existence de nombreuses bosselures.

Pour M. Velpeau, la nature n'en fut pas un instant douteuse ; c'était une tumeur encéphaloïde. Mais le diagnostic du chef de service n'était pas le même. Nous lûmes sur la pancarte : Tumeur anévrysmale, et l'on nous apprit qu'on se proposait de pratiquer la ligature de la fémorale. Si les chirurgiens anglais peuvent rivaliser avec nous comme opérateurs et surtout thérapeutistes (car pour eux le malade n'est pas guéri lorsqu'il a été opéré, et ils apportent un grand soin dans le traitement des suites des opérations), ils nous sont inférieurs pour le diagnostic. Les occasions de voir beaucoup de pièces d'anatomie pathologique, circonstance si précieuse pour arriver à une grande précision dans le diagnostic, leur manque, et ce vice de leur éducation médicale se fait sentir plus tard ; or, dans le cas présent, l'on voit combien les données qu'elle peut fournir sont importantes, puisqu'une erreur de diagnostic va conduire à pratiquer une opération grave et complétement inutile.

C'est sans doute le besoin de ces études des dégénérescences morbides des tissus qui a fait établir dans chaque hôpital un musée d'anatomie pathologique, où sont conservées avec grand soin toutes les pièces curieuses que fournissent les cliniques. Nous y reviendrons prochaine-

ment : car nous avons vu dans plusieurs d'entre eux des pièces célèbres, citons celles de Harvey sur la fécondation ; les préparations par Hunter des diverses membranes de l'œuf humain.

Il n'est pas jusqu'aux praticiens de la ville qui, dans une armoire de leur cabinet, n'aient un petit musée d'anatomie pathologique. Le docteur Bennet, qui, le premier, est venu répandre à Londres les idées sur les maladies de l'utérus, qu'il a puisées en France pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de MM. Emery et Jobert, et à la Charité, dans la clinique de M. Velpeau ; M. Bennet nous a montré des pièces excessivement curieuses, et qui auraient une grande valeur, même à Paris : ce sont des cols utérins de jeunes filles vierges, qui présentent de larges ulcérations. On croit trop généralement que les ulcérations ne sont que l'apanage de la femme qui a eu des enfants ; les femmes stériles en présentent cependant des exemples ; et, d'après les pièces que nous avons vues chez notre confrère, la même affection peut se montrer même chez les jeunes filles.

Nous aurons prochainement à examiner les graves questions que soulève alors le traitement de ces maladies, lors de la nouvelle édition que M. le docteur Bennet prépare de son Traité sur les affections utérines.

Nous avons vu chez un autre chirurgien de nos amis, M. Turner, une pièce non moins curieuse ; voici l'observation que notre confrère nous a communiquée.

Au mois d'août 1844, M. Turner fut appelé auprès d'une dame de vingt-neuf ans, malade depuis plusieurs années, et à laquelle, après de nombreux traitements, on avait ordonné le séjour à la campagne, en désespoir de cause. Elle était dans un état de marasme extrême ; la face était jaune, mais ne semblait annoncer ni l'existence de la phthisie, ni celle d'une affection cancéreuse. Le pouls était faible, petit, fréquent. Un crachoir placé à côté de son lit renfermait une demi-pinte de matières d'un aspect assez étrange, que la malade disait avoir crachées dans deux accès de toux qui avaient eu lieu dans la matinée. Pendant que M. Turner se trouvait auprès d'elle, elle fut reprise d'un accès de toux, remarquable par les efforts violents auxquels elle se livrait, et par son caractère asphyxique. Cet accès se prolongea pendant environ dix minutes, et se termina par l'expulsion d'une grande quantité de matières ayant l'aspect du mucus, du pus et du sang, renfermant des portions de membranes blanches, opaques. Depuis des années, la malade était atteinte de ces accidents, et elle était avertie de l'approche des accès de toux par une sensation de plénitude dans la poitrine, une douleur vive dans le côté droit, et une gêne plus grande de la respiration. L'abdomen offrait l'aspect le plus anormal : la région épigastrique et les hypocondres étaient saillants, et résistants à la pression, quoiqu'on pût saisir, sur les côtés, ce qu'on crut être le foie augmenté de volume et la rate hypertrophiée. De la région iliaque droite à l'ombilic, s'étendait une autre masse volumineuse, arrondie, saillante, lisse à sa surface, très-résistante,

dans laquelle cependant la percussion faisait percevoir une espèce de tremblotement.

L'intestin grêle était repoussé vers la fosse iliaque gauche; et çà et là on distinguait dans l'abdomen de petites tumeurs arrondies, que l'on crut d'autant plus appartenir à l'intestin, que la malade avait plus de difficulté pour aller à la garderobe, et que, à chaque fois qu'elle y allait, il y avait chute de l'intestin et écoulement de sang. Rien n'annonçait la présence de tubercules crus ou ramollis; mais à la base du poumon droit il y avait une matité étendue, absence de murmure respiratoire, et mélange de crépitation dans toute l'étendue des deux poumons; il y avait aussi de la douleur à la percussion, dans la moitié inférieure du poumon droit. En examinant avec plus d'attention les débris membraneux opaques et blanchâtres qui se trouvaient dans l'expectoration, et qu'il avait d'abord pris pour de fausses membranes, l'auteur finit par soupçonner que ce pourrait bien être des hydatides affaissées et détruites. Cependant, sous l'influence d'un traitement convenable, composé principalement de toniques, les accès commencèrent à s'éloigner, et la malade put vaquer de nouveau aux occupations de son ménage, tout en éprouvant de la difficulté pour aller à la garderobe. Quelque temps après, on constata que le périnée était soulevé, et que la cavité du bassin était remplie par une masse volumineuse. Nouveaux accidents thoraciques au mois d'octobre 1845, et, quelques mois après; affaiblissement graduel, augmentation de volume des tumeurs abdominales, gêne plus grande dans la respiration, nombreuses veines disséminées à la surface de l'abdomen.

La vie était devenue si triste pour cette malade, qu'elle se refusa à toute espèce de traitement, surtout à la ponction de la tumeur. Elle languit dans cet état pendant quelques mois, se nourrissant presque exclusivement d'huîtres, de bière forte et de lait. Enfin, au mois de mars 1848, elle implora un secours qu'elle avait refusé jusque-là. Le 19 avril, M. Turner fit la première application de potasse caustique sur la partie la plus saillante de la tumeur: il fallut revenir trois autres fois à cette application pour obtenir une escarre qui pénétrât dans l'intérieur du foyer. Le 14 mai, la pointe du stylet s'engagea dans une cavité, et il s'écoula immédiatement une grande quantité d'un liquide aqueux. Le lendemain, l'ouverture fut élargie, et une membrane opaque et brillante, qui se présentait à l'orifice, fut extraite: c'était une hydatide affaissée. Une autre hydatide se présenta à l'ouverture; elle était trop volumineuse pour la franchir: elle fut ponctionnée et extraite; chaque jour on retirait une certaine quantité d'un liquide aqueux. Le sixième jour, en pressant un peu fortement sur le ventre, l'auteur crut sentir qu'une tumeur arrondie, prolongation de la tumeur qui avait été ouverte, s'était rompue dans celle-ci. Deux jours après, les hydatides étaient évacuées des deux tumeurs, l'addomen était considérablement réduit de volume, la respiration plus libre; les intestins avaient repris en partie leur situation. La malade mangeait, se trouvait mieux et allait à la garderobe sans difficulté. En parcourant avec le stylet le grand kyste qui avait été ouvert, on mit à nu une membrane jaunâtre, épaisse, que l'on pouvait regarder comme une hydatide mère et dont on put extraire quelques portions, sans grande difficulté. Mais quelques jours après, la malade fut prise de nouveaux accidents vers la poitrine, et l'expectoration, qui d'abord était facile, s'étant supprimée, elle ne tarda pas à succomber.

L'autopsie vint confirmer toutes les prévisions de l'auteur, relativement aux hydatides. Il y avait, en effet, un très-grand nombre de kystes dans les replis du péritoine. L'un d'eux, très-volumineux, situé en arrière du foie, et au devant du pilier droit du diaphragme, avait aplati le rein droit, et s'était ouvert, à travers le diaphragme, une ouverture à travers le poumon, qui était creusé d'une large cavité, tapissée d'une membrane mince, transparente, dans laquelle venaient s'ouvrir de nombreux tuyaux bronchiques, dont l'un contenait encore une petite hydatide. Un autre kyste existait dans l'épiploon gastro-splénique, et s'était accolé la rate et le pancréas, lesquels, pas plus que le foie, n'avaient subi aucun changement de texture. Une autre tumeur occupait le bassin, sans avoir de rapport avec l'ovaire. Elle était très-volumineuse. Chacune des hydatides mères pouvait peser de sept à huit livres; elles étaient ovalaires, avec des prolongements irréguliers, sans aucune connexion vasculaire avec les organes voisins, et renfermant, dans leur intérieur, un liquide transparent, avec des hydatides d'un volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une balle. Leur membrane interne, parfaitement lisse en certains points, semblait granulée en d'autres. Un petit kyste, au lieu de renfermer des hydatides et un liquide transparent, contenait une matière molle, brunâtre, comme caséeuse; il était affaissé, et comme revenu sur lui-même.

Nous croyons inutile d'insister longuement sur les côtés intéressants de ce fait. Sous le point de vue du diagnostic, rien n'est plus curieux que cette expectoration de membranes blanchâtres mélangées à des matières sanguino-purulentes, et M. Turner a parfaitement conclu à l'existence d'un kyste hydatique. Mais où se trouvait ce kyste? C'était là ce qu'il était impossible de déterminer. Tout devait faire croire que le foie en était le siége. L'événement est venu prouver le contraire : le kyste était en dehors du foie. Reste le traitement : tout en applaudissant à la tentative hardie et pleine de succès par laquelle M. Turner a obtenu la rétraction, et on peut même dire la guérison d'un des kystes par la méthode de M. Récamier, nous regrettons que par des ponctions exploratrices il n'ait pas songé à s'assurer plus tôt de la nature des matières contenues dans les kystes abdominaux, et qu'il n'ait pas eu l'idée d'employer dans ce cas la méthode des ponctions successives et répétées, dont M. Jobert est l'inventeur. Toujours est-il que les pièces anatomiques que M. Turner nous a présentées, et le fait dont il nous a communiqué les détails, en même temps qu'ils donnent l'exemple d'une disposition extrêmement rare, sont susceptibles d'éclairer un point très-intéressant de thérapeutique.

Dans notre prochaine livraison, nous rendrons compte de notre visite à l'ancien hôpital de Guy, qui est situé en face de l'hôpital de Saint-Thomas.

Nouvelles remarques sur le collodion. — Formule pour sa préparation. — Ses usages en chirurgie. — On se rappelle ce que

nous avons dit du collodion dans notre dernier numéro. La réserve dans laquelle nous nous sommes tenus était justifiée par les tentatives infructueuses que nous avons faites pour dissoudre le coton-poudre dans l'éther. Du reste, de plus habiles que nous, MM. Foy et Soubeiran, avaient également échoué. La formule était mauvaise; le coton-poudre, pour se dissoudre dans l'éther, ne doit pas être préparé avec l'acide sulfurique et l'acide nitrique, mais avec l'acide sulfurique concentré et le nitrate de potasse séché. La solution de coton-poudre ainsi préparée (*xyloïdine*), est une découverte française, décrite en décembre 1846, par M. Gaudin. Mais il reste à M. Maynard, non plus l'honneur d'avoir découvert ce nouvel agglutinatif, mais le mérite d'avoir signalé, le premier, l'utile emploi que la chirurgie peut en retirer.

En Angleterre, nous nous sommes informé si quelques tentatives plus heureuses avaient été essayées, et notre confrère, M. Waekley, rédacteur en chef de la Lancette, nous a fait lire le travail que M. Simpson venait de communiquer à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg. Nous ne mentionnerons pas les résultats divers obtenus par cet habile chirurgien pour la préparation du collodion; nous préférons donner de suite la formule publiée par M. Mialhe; elle nous a valu de fort bons résultats, et nous l'avons vue réussir en d'autres mains, comme nous le dirons tout à l'heure.

« Le fulmi-coton pur, celui qui brûle avec une vive déflagration, sans laisser de résidu, n'étant pas soluble dans l'éther, ne saurait être employé à la préparation du collodion; il faut avoir recours à un fulmi-coton spécial, obtenu à l'aide de l'acide sulfurique et du nitre, en observant strictement les précautions suivantes :

Xyloïdine sulfurique ou fulmi-coton sulfurique.

Nitre pulvérisé et séché	400 grammes.
Acide sulfurique concentré	600 grammes.
Coton cardé.	20 grammes.

« Mélangez le nitre avec l'acide sulfurique dans une capsule de porcelaine, ajoutez aussitôt après le coton, et à l'aide de deux baguettes de verre, agitez-le dans le mélange l'*espace de trois minutes ;* lavez-le ensuite à grande eau, sans l'exprimer au préalable, et quand il sera complétement insipide, exprimez-le fortement dans un linge, et faites-le sécher à l'étuve après l'avoir convenablement divisé en l'étirant entre les doigts.

« Le fulmi-coton ainsi obtenu n'est pas pur, il renferme toujours une certaine quantité d'acide sulfurique; il est moins inflammable que le bon coton-poudre, et laisse ordinairement après sa combustion un

léger résidu charbonneux sulfurique ; mais, en revanche, il est soluble dans l'éther, et mieux encore dans l'éther additionné d'un peu d'alcool ; c'est donc uniquement à lui qu'il convient d'avoir recours pour obtenir le liquide adhésif désigné sous le nom de collodion, dont nous sommes actuellement à même de faire connaître la préparation.

Collodion.

Xyloïdine sulfurique.	8 grammes.
her sulfurique rectifié. . .	125 grammes.
Alcool rectifié	8 grammes.

« Introduisez la xyloïdine et l'éther dans un vase convenablement bouché, agitez fortement pendant quelques minutes, ajoutez l'alcool et continuez d'agiter jusqu'à ce que le mélange soit devenu homogène et ait acquis une consistance sirupeuse ; passez-le ensuite au travers d'un linge, en exprimant fortement, et conservez-le dans un vase qui bouche bien hermétiquement.

« Le collodion n'est pas constitué par une dissolution absolue de xyloïdine sulfurique ; une observation attentive démontre qu'une certaine quantité de fibrilles cotonneuses ont échappé à l'action dissolvante de l'éther. On peut, il est vrai, obtenir un liquide entièrement exempt de coton indissous, en le soumettant à l'action du filtre ; mais, ainsi purifié, il est moins adhésif, ce qui tient à ce que, dans le collodion ordinaire, les fibrilles indissoutes s'enchevêtrent, se feutrent, en quelque sorte, pendant l'évaporation de l'éther, et agissent à son égard comme les poils d'animaux à l'égard des enduits auxquels on les associe. »

Quant aux avantages que présente le collodion dans le pansement des plaies par première intention, voici comment ils sont exposés par le docteur Bigelow, qui dispute à M. Meynard la priorité de cette découverte.

1° Par sa contraction puissante pendant l'évaporation, cette substance place les bords de la plaie dans un contact plus intime que celui qu'on peut obtenir par les sutures ou par tout emplâtre adhésif. La solution a lieu par une pression égale dans toute l'étendue de la plaie, et cette réunion est permanente; 2° elle préserve parfaitement la plaie du contact de l'air, à cause de son imperméabilité; 3° elle ne possède aucune propriété irritante en ce qui touche la peau et les lèvres de la plaie, ce qui est bien loin d'exister pour les autres préparations adhésives : elle rend toutes les sutures inutiles pour la réunion des plaies, quelle que soit leur étendue; 5° elle reste en contact intime avec la peau, jusqu'au moment de la cicatrisation; elle est imperméable à l'eau, et permet par conséquent qu'on lave la plaie toutes les fois que cela est

nécessaire ; 6° elle est incolore et transparente, de sorte que le chirurgien peut toujours savoir ce qui se passe au-dessous, sans être obligé de l'enlever ; 7° son application ne nécessite pas l'emploi de la chaleur, et le froid n'a d'autre inconvénient que de retarder un peu l'évaporation de l'éther ; 8° son prix ne sera pas excessivement élevé.

La puissance adhésive de cette solution du coton-poudre est des plus fortes ; nous avons vu chez M. Mialhe une petite bande de peau, fixée à la main de l'un des élèves de la pharmacie, soulever ainsi un poids de 15 kilogrammes.

Quant au mode d'application du collodion pour les plaies régulières et quelle qu'en soit l'étendue, pourvu que les bords puissent en être rapprochés sans trop de difficulté, on se borne, en Amérique, à appliquer la solution seule ; l'on commence par réunir les extrémités supérieures de la plaie, et, à l'aide d'un pinceau doux, on la couvre de collodion, en ayant soin de l'étendre à un demi-pouce de chaque côté. L'on maintient les bords de la plaie jusqu'à complète dessiccation, après quoi on réunit de la même manière les parties inférieures.

Nous n'avons pas tenté ce mode de réunion ; nous avons préféré recouvrir la solution d'une peau de baudruche qui n'enlève en rien sa transparence au collodion.

Lorsqu'on veut donner à l'appareil une grande solidité, il suffit d'appliquer sur les bords de la plaie des bandes de toile. Nous avons vu plusieurs pansements pratiqués ainsi dans le service de M. Robert.

Pour les larges coupures des doigts, c'est un moyen adhésif des meilleurs. Il y a peu de jours, un jeune enfant, en jouant avec un couteau, s'est presque abattu la première phalange de l'index de la main gauche ; nous avons fait usage, avec un succès marqué, du collodion que nous avait envoyé M. Mialhe ; nous nous sommes servi de petites bandes de baudruche pour maintenir les parties en contact, et la réunion par première intention s'est faite rapidement.

M. Robert a pansé devant nous le bras fracturé d'un enfant de quelques mois, avec la même substance : trois petites attelles de carton, maintenues par des bandes imprégnées de solution éthérée de coton-poudre, ont constitué un bandage inamovible qui s'est promptement solidifié. L'on conçoit combien un semblable bandage serait avantageux dans les cas de fracture de cuisse, chez les très-jeunes enfants ; on n'aura pas à se préoccuper de garantir l'appareil contre l'urine.

M. Simpson s'est servi du collodion avec un grand avantage pour traiter les gerçures du mamelon. Il réunit les bords de la petite plaie avec une couche un peu épaisse de collodion ; la douleur, si pénible

dans ces circonstances, cesse à l'instant, et l'adhérence des bords de la plaie devient si intime, que l'enfant, assure M. Simpson, peut continuer à prendre le sein, sans nuire à la cicatrisation de la plaie.

On pourra essayer l'emploi de cette substance pour d'autres usages encore que la réunion et le pansement des plaies. Nous avons, dans le temps, signalé les bons effets d'un mode particulier d'occlusion, proposé par un médecin anglais, M. Strafford, comme traitement des ulcères rebelles : il consistait à couler, dans la solution de continuité, un mélange de cire et de térébenthine de Venise, fondues juste au moment où la préparation est sur le point de se figer. La difficulté d'appliquer à une température telle que le malade n'en pût être brûlé, s'est opposée, sans doute, à l'extension de ce traitement nouveau.

Des essais pourraient être repris à l'aide du collodion ; on étendrait cette substance, au moyen d'un pinceau, sur le fond de l'ulcère, et l'on aurait ainsi une sorte de vernis transparent, à travers lequel on suivrait les progrès de la cicatrisation.

On sait, en effet, que lorsque ces sortes de plaies sont soustraites pour quelques jours à l'action du contact de l'air, des granulations commencent à paraître dans le fond de l'ulcère; lorsqu'une partie de la cavité en est remplie, la plaie se rétrécit peu à peu jusqu'à la guérison. Les ulcérations aux jambes, les bubons ouverts et profonds, les ulcérations scrofuleuses, les engelures, nous paraissent les cas dans lesquels l'emploi de la solution éthérée de coton-poudre pourrait être essayé avec le plus de chance de succès. Il est bien entendu que ce ne peut être qu'à titre de médication locale, et qu'elle sera secondée par les médicaments internes que l'état général du malade réclamera.

Debout.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACÉTATE DE PLOMB (*Bons effets de l'eau albumineuse et des purgatifs dans un cas d'empoisonnement par l'*). M. de Montèze rapporte le fait suivant, qui prouve une fois de plus l'efficacité des purgatifs dans l'empoisonnement par les sels de plomb, et qui est des plus remarquables par la promptitude avec laquelle les moyens mis en usage ont, nous ne dirons pas arrêté, mais prévenu tout accident.

Un jeune homme de seize ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, fortement constitué, avala, le 11 juin, un mélange résolutif contenant 38 grammes d'alcool camphré et 25 grammes de sous-acétate de plomb. M. Montèze fit prendre aussitôt au malade de la liqueur albumineuse par verre, et prescrivit une potion composée de rhubarbe 10 grammes, sulfate de soude 45 grammes. Ce fut une demi-heure environ après l'ingestion de l'eau albumineuse, que le malade commença à prendre, d'heure en heure, une cuillerée à bouche de la potion. Le premier résultat fut

une selle assez ferme. On continua la potion jusqu'au lendemain : les selles furent au nombre de huit, abondantes et noires. Aucun accident ne se manifesta. Le malade n'a pas été fatigué par le purgatif. Il n'a eu de colique ni avant ni après. Il a été traité sans se douter des dangers qu'il avait courus. (*Journal de chimie*, août 1848.)

BUBONS SYPHILITIQUES *traités au moyen de la pommade de nitrate d'argent*. M. le docteur Lutens, médecin militaire à Anvers, à même, par suite de sa position spéciale, d'observer très-fréquemment des bubons syphilitiques, n'a pas tardé à se convaincre de l'inefficacité de la plupart des méthodes préconisées soit comme abortives, soit comme curatives de cette affection. A l'exemple des médecins italiens, il a essayé l'emploi de la pommade au nitrate d'argent, et les résultats qu'il a obtenus lui ont paru de nature à l'encourager dans la poursuite de ces essais.

Voici le mode de préparation de cette pommade, et la manière dont on s'en sert : On obtient la pommade au nitrate d'argent en faisant dissoudre un gros de cette substance dans une suffisante quantité d'eau distillée, puis on y ajoute une once d'axonge, précaution nécessaire pour éviter que les parcelles non dissoutes n'irritent la peau et ne produisent des excoriations. On fait deux frictions par jour, une le matin, une le soir, avec environ deux gros de cette pommade sur le siége des bubons. Après trois ou quatre jours ordinairement la peau devient noire et brillante, et il se forme des feuillets épidermiques, dont il faut hâter ou déterminer la chute, soit à l'aide des ongles ou d'une spatule, afin de pouvoir continuer les frictions, sans interruption aucune, jusqu'à la disparition complète de la tumeur, ou du moins jusqu'à ce que la suppuration soit assez bien prononcée pour nécessiter quelques ponctions.

Ces frictions n'occasionnent, suivant l'auteur, aucune douleur, mais seulement quelquefois de légères démangeaisons.

M. Lutens dit avoir traité des bubons à toutes les périodes : à l'état d'invasion, et alors la guérison a eu lieu par résolution; avec empâtement sensible, signe précurseur de la suppuration, souvent alors l'empâtement se dissipa très-rapidement, et le bubon disparut; quelquefois même à l'état de suppuration manifeste, et cependant sous l'influence des frictions, il a vu quelquefois le pus s'absorber et la résolution s'opérer encore. Toutefois lorsque l'abcès résistait à l'emploi de la pommade, il pratiquait trois ou quatre ponctions avec la pointe d'un bistouri pour faciliter la sortie du pus et éviter le décollement de la peau. Dans ce cas il a eu recours à la compression, et quelquefois aux injections irritantes dans le foyer, pour obtenir le recollement des parois.

Les résultats n'ont pas été constamment heureux. Dans quelques cas ce moyen a complétement échoué. Aussi l'auteur a-t-il garde de le considérer comme un moyen infaillible, mais bien comme un précieux topique, comme un résolutif puissant, qui peut trouver fréquemment ses indications dans la maladie en question, et dont les principaux avantages sont la rapidité avec laquelle il détermine la résolution, l'absence complète de toute cicatrice ou induration à la suite de la guérison, la facilité de son emploi et son innocuité bien constatée. (*Journal de médecine d'Anvers*, août 1848.)

CHLOROFORME (*Du*) *comme moyen de produire artificiellement la paralysie locale*. L'action anesthésique générale des éthers, et du chloroforme en particulier, avait déjà fait songer, dès les premiers jours de la découverte de cette merveilleuse propriété, à la possibilité de limiter cette action sur une région circonscrite du corps, sur un nerf en particulier. Des expériences sur les animaux ont confirmé cette prévision. De là l'idée qu'ont eue quelques chirurgiens, et M. Jules Roux notamment, d'appliquer ce moyen sur l'homme, soit pour les opérations, soit pour certains cas pathologiques. Voici les observations qu'a faites à cet égard M. le docteur Simpson, dans une note que nous empruntons au *Provincial medical and surgical Journal*. Si elles ne justifient pas entièrement les prévisions en ce qui concerne la possibilité d'utiliser cette faculté de produire une paralysie locale pour la pratique de certaines opérations, elles n'en ont pas moins un intérêt assez vif, ainsi qu'on en pourra juger par ce qui suit :

Lorsque la main est exposée à une vapeur anesthésique, dit M. Simpson, elle présente bientôt une sensation d'engourdissement qui n'est, en définitive, qu'un commencement de paralysie. Peu de temps après, la partie exposée devient le siége d'un sentiment d'ardeur, de brûlure, et, graduellement, d'une sensation de picotement, de frémissement qui s'émousse de plus en plus. La peau devient rouge, et la main raide et pesante, semblant augmentée de volume, perçoit de moins en moins les sensations douloureuses, telles que les piqûres et les pincements. Après que la main sur laquelle on a expérimenté est sortie de la vapeur, il faut ordinairement une demi-heure pour que la sensibilité se rétablisse complétement. Les nerfs du mouvement paraissent aussi affectés que les nerfs du sentiment.

Les vapeurs de chloroforme produisent des effets beaucoup plus prononcés que celle de tous les autres éthers ou autres agents anesthésiques.

Quelle que soit la substance anesthésique dont on se sert, on en augmente considérablement les effets, sous le double rapport de l'intensité et de la promptitude, en plongeant le vase qui la renferme dans l'eau chaude, de manière à rendre les vapeurs plus abondantes.

Les effets du chloroforme sont plus prompts et plus marqués, lorsque la peau de la main a été préalablement mouillée et ramollie.

Le degré de délicatesse de la peau ou de la partie soumise à l'expérience influe sur le résultat. Ainsi, sur les femmes, la paralysie locale de la main a toujours été plus prononcée que chez l'homme. La peau de l'aisselle semble trop impressionnable pour supporter l'action de la vapeur du chloroforme pendant le temps suffisant pour être engourdie. Cette action s'est montrée nulle, au contraire, sur les extrémités inférieures.

Appliquée sur les muqueuses, la vapeur produit un tel sentiment de chaleur et de cuisson, qu'on ne peut la supporter assez longtemps pour obtenir un effet.

Le degré d'anesthésie produit sur la main est ordinairement à son maximum après 15 ou 20 minutes. En prolongeant davantage le contact, on n'obtient plus d'augmentation sensible.

Dans aucun cas, la paralysie de la main n'a été assez complète pour que l'on pût pratiquer sans douleur une profonde incision ou une amputation de doigt; en sorte qu'il est douteux que l'on puisse tirer aucune conséquence chirurgicale pratique de ces expériences. Mais elles n'en sont pas moins intéressantes, au double point de vue de la physiologie et de la thérapeutique médicale qui, sans aucun doute, trouvera plus d'une fois l'occasion d'utiliser cette remarquable et singulière propriété.

COQUELUCHE (*Du séjour au bord de la mer et de l'usage des bains de mer contre la*). *Un mot sur l'efficacité de l'ammoniaque contre la même affection.* Quelques auteurs des plus recommandables, entre autres J. Franck, Gregory, Hufeland, ont conseillé de conduire sur les bords de la mer les enfants atteints de coqueluche; mais il n'est question, chez ces auteurs, de recourir à ce moyen que lorsque la maladie est arrivée à une période avancée et qu'elle a résisté opiniâtrément à toutes les médications en usage. M. le docteur Verhaeghe, d'Ostende, a pensé qu'on pouvait tirer un bien plus utile parti du séjour sur les bords de la mer et des bains de mer eux-mêmes, en mettant ces moyens en usage dès le début de la maladie. L'expérience paraît avoir justifié ses prévisions à cet égard. L'auteur rapporte, en effet, quelques observations de guérisons très-remarquables, parmi lesquelles nous nous bornerons à citer la suivante :

Les trois enfants de M. T... furent presque simultanément affectés de la coqueluche. L'aîné, garçon de huit ans, avait offert les premiers symptômes le 5 août 1846, et la maladie, marchant avec lenteur, avait atteint son plus haut point d'intensité du 27 août au 3 septembre. Les accès étaient accompagnés de suffocations pénibles et souvent de vomissements de matières glaireuses. L'enfant arriva à Ostende le 8 septembre, et à peine installé au bord de la mer, se sentit très-bien. Les bains furent pris avec plaisir, et au bout de quelques jours il n'était plus question de coqueluche.

Le deuxième enfant était une fille de sept ans; elle avait donné les premiers signes de maladie le 1er août. La période d'intensité avait commencé le 17 et durait encore le

8 septembre, jour de l'arrivée à Ostende. La nuit du 8 au 9 elle eut treize accès, accompagnés de beaucoup de suffocation, de vomissements, de grande agitation nerveuse dans les intervalles. La journée du 9 fut passée au bord de la mer; l'enfant fit une excursion en canot, fut bientôt prise du mal de mer, qui ne se dissipa que lorsqu'elle eut quitté l'embarcation, ne laissant à sa suite qu'un sentiment de bien-être général. La nuit d'après, les quintes ne se renouvelèrent que dix fois, furent beaucoup moins fortes et exemptes de vomissements, pour la première fois, depuis le commencement de la maladie. Le lendemain l'accablement dont la petite malade se plaignait d'ordinaire le matin, était à peine sensible; l'appétit, nul jusqu'alors, commença à se réveiller. Pas un seul vomissement n'eut lieu de toute la journée. La température de l'atmosphère et de la mer étant assez froide pour la constitution délicate de l'enfant, on se borna à l'usage des bains tièdes d'eau de mer. Après quelques jours de traitement, l'amélioration devint tellement sensible, que dans la nuit du 15 au 16 il n'y eut que six accès à peine dignes d'être notés. Du 22 au 23 il n'y eut pas un seul accès, et dès ce moment la guérison ne se démentit pas.

Le résultat fut tout aussi heureux chez le troisième enfant, dont l'état était plus grave encore que celui des deux autres, et qui vit promptement décroître et se dissiper les accès de suffocation dont il était incessamment menacé, sous la double influence du séjour continu sur le bord de la mer et de l'usage journalier d'un bain de mer, pendant environ une vingtaine de jours.

On se demandera peut-être si le séjour sur le bord de la mer et les bains de mer eux-mêmes ont agi autrement que ne le fait le simple changement d'air et par le fait seul de ce changement. Sans doute le changement d'air doit être pris en considération, comme ayant dû avoir quelque part dans ces guérisons; mais il ne nous paraît pas douteux que l'influence de l'action spécialement excitante de l'air marin sur les voies aériennes et de l'action non moins énergique du bain sur le système cutané et sur l'ensemble de l'économie, ne soit venue se joindre efficacement à celle du changement d'air. Nous croyons qu'il faut ajouter aussi à ce concours de circonstances favorables l'action énergique résultant des secousses du mal de mer et l'influence qu'a si bien signalée M. Roche du renouvellement incessant de l'air et des grands courants atmosphériques, qu'on ne retrouve nulle part aussi libres et aussi intenses qu'au bord de la mer. Nous devons ajouter toutefois, ce que M. Verhaeghe n'a d'ailleurs pas omis de signaler, que ce moyen ne saurait convenir que pour la coqueluche simple, et que toute complication de bronchite aiguë, de pneumonie ou de pleurésie, devrait nécessairement en exclure l'usage.

Par tous les motifs que nous venons de rappeler, le moyen proposé par M. Verhaeghe mérite évidemment d'être preconisé; mais il ne faut pas se dissimuler que c'est là un moyen dont l'usage ne pourra jamais être que très-restreint, et dont on ne pourra faire bénéficier qu'un très-petit nombre d'enfants, surtout dans la classe pauvre et dans les régions centrales. Il ne saurait donc, quelle que puisse être son efficacité, nous détourner de l'examen des nombreux agents thérapeutiques journellement proposés contre cette affection.

Parmi ces derniers, il en est un qui se recommande sous l'autorité d'un nom trop respectable pour que nous ne nous empressions pas de saisir l'occasion de le faire connaître.

M. le docteur Levrat-Perroton, de Lyon, a trouvé dans l'emploi de l'ammoniaque liquide un moyen tellement efficace contre la coqueluche, qu'il n'hésite pas à le considérer comme une sorte de spécifique de cette affection. Voici la formule qu'il indique comme lui ayant donné les succès les plus constants :

Eau distillée de laitue..	125 grammes.
Eau de fleur d'oranger..	8 grammes.
Sirop de pivoine......	30 grammes.
Sirop de belladone.....	8 grammes.
Ammoniaque liquide...	6 gouttes.

à prendre par cuillerées toutes les heures.

C'est sans doute à la présence de l'ammoniaque à l'état fixe dans la cochenille qui entre dans la composition de la poudre connue sous le nom de *poudre de Piricel*, qu'il faudrait, d'après ces faits, attribuer le succès de cette dernière préparation.

Quoi qu'il en soit, nous soumettons à l'appréciation des prati-

ciens ces deux méthodes de traitement qui ont en leur faveur la sanction de l'expérience et l'autorité de leurs auteurs. (*Journal de médecine de Bruxelles* et *Journal de médecine de Lyon.*)

CORPS ÉTRANGER. *Clou d'épingle de grande dimension parcourant tout le tube digestif, sans occasionner d'accidents.* M. le docteur Ed. Petit, de Corbeil, vient de communiquer à l'Académie de médecine un de ces cas qui laissent de l'inquiétude dans l'esprit du praticien lorsque, pour la première fois, il est appelé à donner un conseil en de semblables circonstances. Voici le fait.

Une petite fille, âgée de trois ans et demi, porte en jouant un gros clou d'épingle à sa bouche; la mère se hâte trop d'y porter la main pour le retirer, car, à peine a-t-elle touché au clou, qu'il disparaît; il est avalé. Notre confrère est immédiatement appelé; il était sept heures du soir, l'enfant sortait de dîner et ne souffrait pas. Il n'y avait donc rien autre chose à faire qu'à prescrire les conditions d'alimentation qui pourraient le mieux neutraliser l'action mécanique du clou sur les parois du tube digestif. M. Petit conseilla de nourrir l'enfant comme à l'ordinaire, en choisissant de préférence les aliments un peu consistants, le pâté et la mie de pain, ceux qui laissent le plus de résidus excrémentitiels, la purée de pois, les épinards. L'enfant ne présenta aucun accident, et, le onzième jour, dans une garderobe qui nécessita un peu plus d'efforts qu'à l'ordinaire, on trouva le clou d'épingle; il avait 55 millimètres de longueur.

Dans une autre circonstance, c'était une épingle qu'un enfant avait avalée; à l'aide des mêmes précautions, elle parcourut le canal alimentaire sans occasionner de douleur.

GRANULATIONS PALPÉBRALES *traitées par la teinture d'iode.* Nous avons fait connaître tout récemment, d'après un journal américain, le parti qu'on a tiré de la teinture d'iode comme moyen abortif des pustules varioliques. Voici une nouvelle application du même agent qui ne nous paraît pas moins digne d'être signalée à l'attention des praticiens.

M. le docteur Fromont fils s'est livré à de nombreuses expériences sur l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des granulations; les cas où ce moyen lui a paru jouir de plus d'efficacité, sont les suivants :

1° Dans les granulations vésiculeuses primitives, lorsqu'il y a peu ou point de sécrétion. (Le nitrate d'argent lui paraît préférable dans les circonstances opposées.)

2° Chez les individus d'un tempérament lymphatique, et qui souffrent vivement et longtemps de la cautérisation au moyen de la pierre infernale.

3° Lorsque, après plusieurs cautérisations, l'affection granuleuse augmente, se développe, et que l'irritation qui résulte du caustique persiste pendant plusieurs jours.

4° Chez les hommes qui, après avoir été cautérisés un grand nombre de fois, conservent une vive irritabilité, ou dont la boursouflure palpébrale démontre clairement que le nitrate d'argent ne produit pas son effet habituel.

5° Dans les cas où, après des cautérisations successives, les granulations sont dures, dégénérées de leur état primitif, et font craindre qu'elles ne donnent naissance à des pannus ou à d'autres complications.

Enfin, M. Fromont dit avoir obtenu d'excellents effets de l'application de ce moyen dans l'état velouté des conjonctives palpébrales, chez des individus atteints de blépharite chronique.

La teinture d'iode s'applique au moyen d'un pinceau légèrement imbibé et qu'on promène à plusieurs reprises sur toute la surface palpébrale; M. Fromont considère comme inutile l'emploi de corps gras dans le but de protéger le globe oculaire. La douleur occasionnée par la teinture d'iode est aussi vive que celle qui résulte de l'attouchement avec le nitrate d'argent, mais elle a moins de durée; l'irritation qu'elle détermine ne dépasse pas une à deux heures. (*Archiv. de méd. milit.* et *Ann. d'occul.*, juillet 1848).

PHOSPHORE (*Formule pour la destruction des rats et autres animaux nuisibles par le*). Le phosphore peut être substitué à l'arsenic pour détruire les animaux nuisibles. Voici le procédé que nous trouvons consigné dans un journal anglais; il est très-simple. On met 4 grammes de

phosphore, divisé en parcelles extrêmement petites, dans une bouteille, avec environ 60 grammes d'eau ; on plonge le flacon dans un bain-marie. Lorsque le phosphore est devenu liquide, on l'agite pour le diviser le plus possible et on laisse refroidir. On verse ensuite dans un mortier les petits globules de phosphore, que l'on mêle avec de 50 à 100 grammes de lard ; on triture alors vivement le mélange, en y ajoutant de l'eau, et 750 grammes de farine, avec environ 50 grammes de sucre en poudre. On divise enfin cette pâte en boulettes de la grosseur d'une bille. La quantité de sucre doit varier ; forte lorsque ce mélange est destiné aux rats, qui en sont très-friands, elle doit être beaucoup plus petite pour les autres animaux, car elle ne les allèche pas. (*Pharmaceutical Journal*, juin 1848.)

PNEUMONIE (*De l'oxyde blanc d'antimoine dans la*). Nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'exprimer notre opinion sur les différentes méthodes de traitement de la pneumonie, et notamment sur l'emploi des préparations antimoniales. L'efficacité des antimoniaux est un fait si bien établi qu'il serait presque oiseux de revenir sur ce sujet s'il n'existait encore quelque divergence entre les praticiens sur la préparation antimoniale qui mérite la préférence. Tandis que le plus grand nombre emploie de préférence le tartre stibié, réservant exclusivement l'oxyde blanc d'antimoine pour les enfants, comme moins énergique, moins nauséeux et plus facile à tolérer, quelques praticiens pensent, au contraire, qu'il faut donner dans tous les cas la préférence à l'oxyde blanc. En présence de cette divergence et de ces préférences exclusives, dont les motifs ne sont pas toujours bien nettement déduits, il ne sera pas sans quelque intérêt de faire connaître l'opinion d'un des praticiens les plus répandus de Lyon, et la pratique généralement adoptée dans les hôpitaux de cette ville.

Disons d'abord qu'après avoir longtemps observé la conduite des médecins les plus recommandables de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et après avoir longtemps pratiqué lui-même, M. Teissier en est venu non-seulement à proscrire la méthode des saignées coup sur coup, mais encore à s'abstenir tout à fait d'émissions sanguines dans le traitement des pneumonies, sauf les cas où elles sont accompagnées d'une oppression et d'une dyspnée extrême.

Le traitement qu'il emploie le plus ordinairement consiste dans l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine, chez les enfants ou chez les adultes, et celui du kermès et de l'émétique chez les vieillards. Sous l'influence de ce traitement, dit M. Teissier, les pneumonies les plus graves ont une issue heureuse et la convalescence est plus prompte et plus courte que par l'emploi des émissions sanguines. L'oxyde blanc d'antimoine, regardé à tort, suivant lui, par un certain nombre de praticiens comme une substance insignifiante, lui a paru, au contraire, avoir une action résolutive spéciale sur les poumons enflammés, action qui est marquée principalement vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. Dans la pleuro-pneumonie avec point de côté douloureux, il aide l'action des antimoniaux pour l'application de larges vésicatoires sur la poitrine.

A Lyon, un grand nombre de médecins ne pratiquent pas d'autre méthode depuis fort longtemps, et se louent beaucoup d'avoir abandonné les émissions sanguines, surtout les saignées générales. M. Magand imite depuis plusieurs années la même pratique et n'a eu qu'à se louer aussi d'avoir fait usage des préparations antimoniales. Enfin, M. Poyet a consigné dans sa thèse deux cents faits recueillis dans le service de M. Roy, et qui établissent l'efficacité incontestable de l'oxyde blanc d'antimoine.

Voilà des faits qui ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit sur l'efficacité de l'oxyde d'antimoine. Cependant, comment se fait-il que quelques praticiens refusent encore toute valeur à cet agent, en lui attribuant des accidents qui leur en ont fait condamner l'usage? — Cela ne tiendrait-il pas au mode de préparation du remède et à sa variabilité de composition ; à ce que, sous le nom d'oxyde blanc d'antimoine, on ne compte pas moins de quatre combinaisons différentes de l'antimoine avec l'oxygène, dont les propriétés, suivant toutes les apparences, doivent être différentes? C'est ce que nous soumettons spécialement à l'attention des expérimentateurs. Nous ferons remarquer seulement que la prépa-

ration dont les médecins de Lyon disent s'être servis avec autant d'avantage est de l'oxyde blanc obtenu par *précipitation*. (*Journal de méd. de Lyon*, juillet 1848.)

RACHITISME (*Remarque importante sur le régime alimentaire qui convient dans le*). Nous avons entendu émettre par M. Trousseau, dans une de ses leçons cliniques, des observations pratiques sur le traitement et le régime des rachitiques, sur lesquelles on ne saurait trop instamment appeler l'attention, car il règne à cet égard, dans l'esprit du plus grand nombre des médecins, des idées complétement erronées et qui entraînent à une pratique diamétralement opposée à celle qui convient. La plupart des praticiens, lorsqu'ils sont consultés pour un enfant rachitique, n'ont rien de plus empressé que de faire supprimer l'usage du lait et de conseiller les bouillons gras, la viande et des fortifiants, persuadés qu'en agissant ainsi ils obéissent à l'indication de fortifier les enfants. C'est là une double erreur, qui consiste à croire que le rachitisme est causé par la débilité, et que l'usage du lait accroît cette débilité. Les belles expériences de M. Guérin qui a, en quelque sorte, créé de toutes pièces des animaux rachitiques, en substituant à leur nourriture naturelle une nourriture fortement animalisée, et inappropriée à leur âge, et qui les a guéris ensuite en leur restituant leur nourriture primitive; ces expériences, disons-nous, ont jeté tout à la fois une vive lumière sur l'étiologie du rachitisme et sur la thérapeutique ou plutôt le régime que cette maladie réclame. L'observation est parfaitement conforme à ces expériences. En effet, en observant ce qui se passe chez le plus grand nombre des rachitiques, on voit que la maladie se développe presque toujours chez des enfants qui n'ont jamais ou que très-peu tété, et qui ont été mis prématurément au régime habituel des familles, c'est-à-dire à un régime beaucoup trop animalisé pour leur âge et hors de proportion avec l'état de leurs fonctions digestives. Ce qu'il faut faire, dans ce cas, c'est donc tout le contraire de ce que font les praticiens dont nous parlions tout à l'heure; c'est-à-dire, suivant les sages conseils de M. Trousseau, dont la conduite à cet égard est entièrement conforme à celle qu'avait déjà tracée M. Guérin : supprimer le régime substantiel auquel l'enfant était déjà soumis; insister surtout, et en premier lieu, sur l'allaitement prolongé; à défaut de nourrice, recourir à l'allaitement artificiel, que l'on prolongera le plus longtemps possible. Quant à croire, comme beaucoup de médecins, mais surtout les parents, que l'usage prolongé du lait rend lymphatique, c'est évidemment une crainte chimérique, car il ne saurait y avoir de meilleure nourriture ni de plus saine pendant les premières années de la vie.

Il va sans dire que nous n'avons entendu parler dans ce qui précède que du régime alimentaire, et que l'observation des soins et des mesures que nous venons de rappeler est sans préjudice de l'emploi des agents thérapeutiques, dont l'expérience a établi l'efficacité contre le rachitisme.

ROUGEOLE (*Exemple unique encore d'une double récidive de*). On trouve dans les auteurs quelques rares exemples de personnes qui ont été atteintes deux fois de la rougeole dans le cours de leur vie; mais nous ne sachons pas qu'il existe aucun exemple d'une double récidive, c'est-à-dire de trois éruptions consécutives, complètes, précédées et suivies de toutes les phases habituelles de la maladie, pendant le cours d'une même épidémie. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Van Dieren, médecin hollandais, nous a paru, par sa rareté, mériter d'être reproduit.

Une petite fille, âgée de trois ans, demeurant à Anvers, fut atteinte, au commencement de février, des prodromes ordinaires de la rougeole, qui regnait épidémiquement à cette époque dans cette ville. La maladie parcourut régulièrement ses périodes, de sorte qu'au bout de trois semaines environ, l'enfant était entièrement rétablie.

Le 4 mars suivant, M. Van Dieren fut appelé de nouveau auprès de cette petite fille. Elle avait la peau brûlante et sèche, la figure bouffie, les yeux larmoyants, le pouls fébrile, la respiration gênée et plusieurs autres symptômes qui firent croire à l'existence d'une fièvre catarrhale. Il prescrivit : diète modérée, température chaude, mixture sudorifique, application de levain

de bière aux mollets. Le lendemain matin, on découvrit aux jambes des taches semblables à celles de la rougeole, que l'on crut néanmoins le résultat de l'application du levain. Mais ces taches se répandirent généralement sur le corps, ce qui fut suivi d'un amendement notable des accidents observés. Après l'efflorescence de cette éruption, on observa une desquammation cutanée, comme à la suite de la rougeole, après laquelle l'enfant se sentit complétement rétablie.

Le 12 avril suivant, elle présenta tous les symptômes de la fièvre catarrhale gastrique, avec vomissements et convulsions, dont on attribua la cause à des écarts de régime. Une potion sudorifique résolvante, des révulsifs et un régime sévère furent de nouveau prescrits. Le lendemain, les accidents avaient augmenté d'intensité, les convulsions et les vomissements étaient plus fréquents. Dans l'après-dîner, les phénomènes morbides étaient notablement diminués, et on trouva tout le corps couvert de l'éruption morbilleuse. Pour la troisième fois, la desquammation eut lieu sans accidents. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

VARIÉTÉS.

Quelques voix se sont élevées, depuis la révolution de Février, pour réclamer la création d'un *Ministère de la santé publique en France*. L'on se demande tout d'abord, s'il y a assez d'affaires médicales pour occuper un ministère ou même une direction générale? Le tableau suivant que vient de tracer un honorable confrère de province, M. le docteur Mayer, de Besançon, montre que les objets à étudier, surveiller et réglementer ne lui manqueraient pas.

1° L'état civil. — Naissance et décès à constater.

2° Les vaccinations. — Service public à réorganiser.

3° L'éducation :

a. De l'enfance. — Crèches et salles d'asile (soins hygiéniques à donner aux enfants).

b. De l'adolescence. — Lycées, écoles (heures d'études et de récréations à déterminer, gymnastique, dispositions hygiéniques intérieures.

4° Recrutement. — A quel âge peut-il s'effectuer? Quelle doit être la durée du service?

5° Professions salubres et insalubres. — Améliorer celles-ci et fixer, pour chacune, la durée du travail compatible avec le maintien de la santé de l'ouvrier.

6° Manufactures. — Hygiène intérieure. — Surveillance à exercer en vue de l'exécution de la loi sur le travail des enfants (loi à reviser).

7° Agriculture. — Dessèchement des marais. — Reboisement des montagnes.

8° Institutions de charité. — Organisation des hôpitaux, hospices et asiles, bureaux de bienfaisance, pharmacies des pauvres.

9° Soins médicaux. — Garantis à tous et gratuits pour tous. — Rétribution des médecins par l'État, qui prélèverait un impôt dit médical, dont les pauvres seuls seraient exempts.

10° Médecins légistes. — Attachés aux tribunaux.

11° Comité de législation. — Qui serait appelé à donner son avis à l'occasion de tous les projets de loi (et ils sont nombreux) qui, par un point quelconque, appellent l'intervention de la science médicale.

12° Salubrité publique :

a. Police des cités. — Emplacement et distribution des habitations, propreté des rues, prostitution, etc., etc.

b. Épidémies et endémies.

c. Colonies agricoles à fonder. -- Disposition topographique.

d. Colonies d'outre-mer. — Acclimatement.

13° Topographie médicale.

14° Mariages. — Conditions restrictives à déterminer (maladies ou infirmités : insuffisance de moyens de fortune), question du divorce.

15° Systèmes pénitentiaires. — Étudier leurs influences respectives sur la santé et la durée de la vie des condamnés. — Révision de la législation.

16° Subsistances. — Déterminer celles dont il faut étendre la production et dégrever de toute taxe, comme étant de première nécessité. — Sophistications et fraudes à réprimer.

17° Chemins de fer. — Causes d'insalubrité résultant de leur construction, comme stagnation des eaux, etc. — Disposition des wagons. — Sûreté des voyageurs.

18° Quarantaines. — Rechercher leur degré d'utilité, et dans les cas où elles devront être maintenues, les soumettre à un règlement en harmonie avec la science actuelle.

19° Assurances sur la vie (tontines). — Dans la prévision où l'État s'en chargerait, instituer des médecins chargés de certifier l'état de santé, l'âge, le tempérament, etc., des individus proposés.

20° Statistique médicale.

L'instant n'est pas encore arrivé de pouvoir combler cette lacune gouvernementale; le grand nombre des misères sociales à soulager impose aujourd'hui la nécessité urgente d'opérer des réductions sur toutes les branches de l'administration publique, mais le moment doit venir où la médecine sera sur le même pied que la justice et les cultes. Le prêtre, le magistrat et le médecin sont, en effet, le trépied sacré sur lequel repose l'avenir des sociétés.

Le Comité communal et départemental s'est occupé de la proposition de MM. Anglade et Durrieu (Xavier), relative à l'établissement de médecins ruraux. Le Comité, adoptant le principe de la proposition, demande l'organisation d'un service permanent pour la conservation de la santé publique. Ce service serait confié à un Conseil de salubrité, à des Commissions et à des médecins communaux, nommés par le même Conseil de salubrité.

Le docteur Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur de physiologie à l'Ecole secondaire de médecine de Rouen, vient d'être chargé, en qualité d'inspecteur général, de la surveillance et de l'organisation des établissenents d'aliénés de la France, conjointement avec le docteur Ferrus, déjà investi de cette mission.

Le Bulletin de la Gazette de police de Saint-Pétersbourg du 29 août donne les nouvelles suivantes du choléra : dans la journée du 26, il y a eu 45 nouveaux malades, 32 guérisons, 19 décès, dont 15 à domicile, et il est resté en traitement, pour le 27 au matin, 420 malades. Dans la journée du 27, le nombre des nouveaux cas a été de 37, celui des guérisons de 27, et celui des décès de 20, dont 9 à domicile, de sorte que pour le 28 il n'est plus resté que 396. — A cette même date, 96 nouveaux cas de choléra s'étaient manifestés à Berlin. Le nombre des malades n'est pas très-considérable, on le voit, mais l'attaque est presque toujours mortelle. Le Bulletin du 1er septembre, à midi, porte que des 377 personnes qui avaient été atteintes par le choléra dans cette capitale, il en était mort 235, guéri 38, et qu'il en restait en traitement 104.

Le choléra sévit également au Caire et à Alexandrie; le nombre des malades atteints par le fléau pendant le dernier mois a été de 5,000 pour Alexandrie; au Caire la mortalité était moins considérable. Cependant, d'après un article du Morning Chronicle du 5 septembre, le nombre des personnes mortes du choléra depuis le 16 juillet, époque première de l'apparition de l'épidémie au Caire, ne serait pas moindre de 19,473.

A Constantinople le choléra, à la même date, avait singulièrement diminué, grâce peut-être, disent les correspondances, aux grandes mesures sanitaires prises par le gouvernement pour arrêter les ravages du fléau.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LES VOMISSEMENTS ; INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN DÉCOULENT (1).

Par M. SANDRAS, médecin de l'hôpital de Beaujon.

Le vomissement a beaucoup exercé les physiologistes, et, aujourd'hui même encore, ils ne se sont pas accordés sur la question de savoir s'il se fait au moyen de l'estomac ou par les muscles abdominaux. Pour moi, s'il m'est permis d'avoir à cet égard une opinion, j'exposerai celle qui résulte des nombreuses expériences que j'ai faites sur les nerfs pneumo-gastriques, à propos des travaux sur la digestion, qui me sont communs avec M. Bouchardat.

Quand on coupe ces nerfs à un chien, avec la précaution de leur faire subir une perte de substance de un à deux centimètres, au niveau de la partie inférieure du larynx, le vomissement est suspendu, empêché, j'allais dire impossible. Si les animaux ont mangé avant l'opération, ils ne vomissent pas après, quoique les aliments avalés restent dans l'estomac pendant quatre ou cinq jours, pendant lesquels les chiens survivent. Si ces animaux sont à jeun et qu'on les fasse manger ou boire après, ils avalent jusqu'à ce que leur œsophage soit rempli et que la matière ingurgitée monte au niveau de la glotte. A ce moment, ils éprouvent de la gêne, du malaise, de l'étouffement, qui peuvent aller jusqu'à l'asphyxie, si quelque parcelle du corps étranger passe par la glotte et entre dans le larynx et la trachée ; puis, au bout de peu d'instants, le chien rejette ce qu'il vient de prendre, sans effort de l'estomac, sans que rien sorte de cet organe. Quand le chien vient de recevoir des aliments solides, la masse rejetée par le vomissement a tout à fait la forme de la capacité de l'œsophage distendu, et on ne trouve, au bout inférieur de ce cylindre, aucune des substances préalablement ingérées dans l'estomac. Ces expériences répétées et l'insensibilité relative des nerfs pneumo-gastriques, quand on les coupe, prouvent également que ces nerfs sont dévolus au mouvement. La conservation dans l'estomac des aliments qui y ont été introduits avant l'opération démontre que ces nerfs sont moteurs de l'estomac, dans le sens péristaltique ordinaire, puisque ce mouvement cesse de se faire quand on les a coupés ; après l'opération, le défaut de vomissement des matières préalablement

(1) Extrait d'un traité complet des maladies nerveuses que l'auteur doit prochainement publier.

placées dans cet organe, l'impossibilité d'y pénétrer, qu'éprouve le bol alimentaire, confirment le même fait. Le vomissement œsophagien des chiens opérés, vomissement qui n'a lieu que quand la matière ingérée est remontée assez haut dans l'œsophage, qui n'a pas lieu quand on donne très-peu d'aliments ou de boissons, fait dont je me suis assuré nombre de fois, prouve seulement que le nerf pneumo-gastrique, interrompu au niveau du cartilage cricoïde, ne prive pas l'œsophage de tous les filets qu'il reçoit de ce nerf. De ces faits, j'ai dû conclure que le vomissement stomacal résulte de l'action des nerfs pneumo-gastriques, que ce vomissement se fait par effort musculaire de l'estomac, sous l'influence de ces nerfs; que les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux ne sont alors que des accessoires utiles à la fonction commencée et exercée principalement par l'estomac. Dans cette théorie, le diaphragme et les muscles abdominaux coopèrent au vomissement, comme ils coopèrent à la défécation ordinaire. L'expulsion des matières fécales, c'est-à-dire le sens dont ces matières sont poussées au dehors, est décidé préalablement par les contractions musculaires du rectum, éveillées, au moment du passage, par les matières en contact; comme l'expulsion des matières vomies est décidée par les contractions gastriques, soutenues des efforts du diaphragme et des parois abdominales. Ces dernières parties, toutes seules, sont une puissance musculaire, pressant indifféremment, dans tous les sens, sur l'intestin; seules, elles ne suffisent pas à faire marcher la masse alimentaire introduite dans cette cavité; il faut de plus qu'une puissance plus immédiate détermine le mouvement, et surtout le sens du mouvement des aliments. Mes expériences m'ont prouvé que les nerfs pneumo-gastriques ont cette propriété pour l'estomac.

Ces considérations physiologiques ne sont pas sans importance sur l'étude que nous avons à faire des vomissements nerveux. Elles rendent parfaitement compte de l'origine cérébrale du plus grand nombre de ces vomissements, qui, dans l'hypothèse contraire, dériveraient plus souvent de la moelle épinière; et bien qu'elles n'expliquent pas pourquoi le mouvement progressif, régulier, des corps étrangers introduits dans l'estomac se retourne dans certaines conditions, elles prouvent au moins d'où part le fait, confirment souvent les inductions que nous pouvons poser comme bases d'une action médicale, et, nous apprenant à mettre en leur véritable place certains symptômes qu'on serait tenté de faire découler d'ailleurs, elles conduisent à une solide explication de l'action du cerveau sur l'estomac.

C'est pour cela que j'y ai insisté; car nous allons voir quelle part énorme prend le premier dans les troubles du second.

Etudions les conditions dans lesquelles se montrent les vomissements nerveux.

Ce vomissement peut avoir lieu par le dégoût. Qu'un mets qui vous révolte naturellement ou instinctivement l'estomac ; qu'un objet répugnant, qu'un souvenir de violent mal de cœur soient présentés à certaines personnes impressionnables, et le vomissement nerveux pourra s'ensuivre immédiatement. Que la même personne marche sur une matière sale, ou y touche d'une façon quelconque ; que des images de même nature lui soient vivement représentées, et le même effet pourra se montrer encore. Certaines odeurs suffiront quelquefois pour le produire.

Dans d'autres cas, il y aura dans les causes du vomissement nerveux autre chose que du dégoût. Certaines personnes ne peuvent pas en voir vomir une autre sans subir immédiatement la répétition du même acte. Dans cette sensation il y a certainement du dégoût ; mais il y a encore quelque chose de plus ; une sorte de sympathie, de synergie s'est établie entre les deux personnes qui vomissent ; c'est une de ces imitations qui sont si communes dans les affections nerveuses.

Les émotions vives amènent souvent des vomissements nerveux. Ici, ce sera un accès de colère ou de joie qui feront vomir ; j'en ai vu des exemples. Là, ce sera une passion triste vivement surexcitée. De quelque nature qu'elle soit, toute émotion trop violente peut faire vomir pendant la digestion. L'expérience vulgaire est parfaitement au courant de ce fait. A jeun, la chose arrive moins souvent ; tous les médecins en connaissent néanmoins des exemples.

Les défaillances sont à chaque instant accompagnées des phénomènes dont je parle ; ce n'est pas au moment même de la syncope que la chose arrive, comme certaines défécations involontaires qui tiennent au relâchement complet du sphyncter ; mais au moment où le malade commence à se remettre et à reprendre l'empire de ses sens. Pour peu que l'estomac ait été chargé de matières étrangères, il s'en débarrasse, comme s'il y avait impossibilité pour lui d'achever une digestion qui a été interrompue.

Certaines douleurs portent, comme disent les gens du monde, au cœur ; elles causent le vomissement ; poussées un peu plus loin, elles conduiraient à la défaillance. Ce n'est pas par leur acuité, par leur violence, mais par leur nature et en vertu d'une susceptibilité toute individuelle.

Enfin, dans les vomissements nerveux se trouve la grande collection de ceux qui sont produits par sympathie entre les organes, c'est-à-dire, par une concordance jusqu'à présent inexpliquée entre les

souffrances de l'un et la réaction de l'autre. A cet égard, l'estomac sympathise d'une manière remarquable avec beaucoup d'autres organes. Avec le cerveau, ses sympathies seraient prouvées déjà par les exemples de vomissements nerveux que nous avons rappelés, mais elles le sont encore bien plus dans des exemples plus directs et plus palpables. La migraine, affection éminemment cérébrale, quand elle est portée jusqu'à un certain point, amène le vomissement, sans, tout aussi bien qu'avec matière. Le mouvement de la mer, les tournoiements, la valse, quand on n'y est pas habitué, ne manquent pas de produire le même effet. Tous les médecins savent l'influence que les irritations, les inflammations des méninges exercent sur l'estomac, surtout dans les cas chroniques. Une méningite chronique, tuberculeuse ou non, est à chaque instant la cause et l'explication de certains vomissements opiniâtres qui ne résultent évidemment ni de troubles de l'estomac, ni d'abus de cet organe, ni de maladie aux environs, ni de grossesse. J'ai été moi-même un exemple remarquable de tout ce que peut, sous ce rapport, le cerveau sur l'estomac. A la suite d'une de ces violentes contrariétés de concours, de ces désillusions qui peuvent devenir un chagrin, j'ai été pris d'un vomissement longtemps inexplicable. Je vomissais à jeun aussi bien qu'après avoir mangé; au commencement des repas, comme à la fin ; en repos, comme pendant l'exercice ; à pied, comme en voiture ; la nuit, comme le jour. Pendant tout ce temps, il ne se passait pas vingt-quatre heures sans que ce vomissement revînt; le plus souvent il se renouvelait plusieurs fois dans la même journée. Puis, un jour, en me levant le matin, je tombai paralysé du côté gauche, le sentiment et le mouvement également suspendus ; de bons soins me rendirent promptement le mouvement du membre inférieur ; celui du bras ne reprit que plus lentement ; la sensibilité tactile n'est point encore redevenue complète, même à présent que j'écris ces lignes, plus de sept ans après le début de la paralysie. Pendant que cet épisode se passait, les vomissements continuaient de plus belle, et j'en étais venu, au bout de quinze ou seize mois, à ne pouvoir plus rien supporter ; la faiblesse, la maigreur étaient extrêmes, et la parole tellement embarrassée qu'il m'était impossible de me faire entendre ; je sentais l'impuissance absolue où j'étais de faire articuler par ma langue et par ma bouche les idées dont j'avais conscience, et dont les mots, ou ne se présentaient pas à moi, ou ne se pouvaient pas prononcer. Alors, je tombai dans une faiblesse extrême et un désordre de toutes les fonctions des plus déplorables. J'avais perdu la connaissance de tout ce qui se passait autour de moi ; je lâchais sous moi, sans le savoir, les urines et les excréments ; pendant plus de soixante jours, je ne me soutenais qu'en

recevant de temps en temps un peu de glace, et encore le plus souvent je la vomissais l'instant d'après ; je n'avais plus conservé qu'une idée très-confuse de l'existence, avec une confiance intime, inébranlable, des ressources de ma constitution, et néanmoins j'arrivais à présenter tous les phénomènes qui annoncent l'agonie ; faiblesse extrême, immobilité complète, insensibilité, perte absolue de connaissance à l'extérieur, absence de la parole, pouls petit, excessivement fréquent, râle trachéal abondant, pendant tout un jour et toute une nuit. Après de si longues souffrances, des vomissements si opiniâtres, des désordres nerveux aussi graves, ma mort prochaine semblait assurée, et néanmoins il se faisait en moi un changement capital et rapide. Un matin, contre toute attente, j'avais récupéré la parole très-distincte et très-facile; je prouvais aux assistants que je savais ce qui s'était passé la veille ; j'avais retrouvé un appétit féroce, et les mouvements m'étaient revenus, même dans le bras jusque-là resté paralysé. A compter de ce moment, les vomissements ne reparurent plus jamais, et la convalescence marcha lentement, mais méthodiquement vers la guérison. Dans cette maladie, il est impossible de ne pas reconnaître l'influence du cerveau sur le vomissement, soit que le cerveau lui-même ait été malade, comme on pourrait le soutenir ici en s'appuyant sur la paralysie et sur la sensibilité tactile restée engourdie dans la main gauche, soit qu'il ne l'ait été que secondairement, à la suite d'une méningite partielle qui aurait pour signes, d'une part les vomissements tout à fait comparables à ceux des méningites tuberculeuses, et d' une autre part, la brusque disparition de tous les accidents graves qu'on expliquerait alors par la résorption rapide qui se peut faire dans ces membranes lorsqu'elles ne sont pas profondément altérées, soit enfin qu'on ne voie dans toute cette maladie qu'une affection nerveuse, malgré le tempérament sanguin dans lequel la chose a eu lieu, malgré la persistance d'un peu de paralysie de la sensibilité, malgré la longueur du mal qui n'a pas duré moins de dix-huit mois.

Dans l'ordre physiologique, on ne peut pas rapporter à autre chose qu'à une action cérébrale les vomissements qui appartiennent à certains empoisonnements, ceux que causent les narcotiques, comme la morphine, ou ceux qui résultent de l'introduction de l'émétique par injection dans les veines ; l'estomac en lui-même n'est nullement intéressé par ces médicaments, bus ou injectés, et ce vomissement arrive cependant d'une manière presque infaillibe ; il n'y a pas là une sympathie dans le sens vague du mot, mais un trouble notable dans les fonctions, dans les manifestations du cerveau vis-à-vis de l'estomac.

Tous les faits que je viens de rappeler, tous ceux qu'on rencontre

à chaque instant dans les expériences physiologiques et dans la pratique de la médecine, prouvent combien le vomissement est sous l'empire du système nerveux, et combien il faut tenir compte des troubles de ce système avec ou sans matière, quand il s'agit de déterminer la cause prochaine des vomissements. Comme fait nerveux, cette relation bien saisie est de la plus haute importance dans l'étude des maladies. Je suis, pour mon compte, si convaincu de cette vérité, et si assuré que je dois la vie à la sage appréciation des accidents que j'ai éprouvés, que c'est de là que sont sorties les expériences sur la digestion, que j'ai entreprises avec M. Bouchardat, et ma résolution d'étudier spécialement les maladies nerveuses.

Mais les vomissements, à bon droit considérés comme nerveux, n'arrivent pas seulement par le fait direct et immédiat du cerveau, exclusivement noté ci-dessus; ils ont lieu aussi par une sorte de sympathie de plusieurs autres organes.

En tête de ceux-ci nous devons placer l'utérus. Après le cerveau, en effet, nul organe n'exerce plus de sympathie sur l'estomac. Les divers états dans lesquels l'utérus se trouve sont une des causes les plus fréquentes de vomissement. L'expérience la plus vulgaire tient compte des vomissements de la grossesse. On sait toute la fréquence de ce phénomène qui se montre quelquefois dès que la conception a eu lieu ; qui persiste, en certains cas, pendant toute la gestation ; qui offre d'ailleurs toute la bizarrerie des affections nerveuses, se répétant sans interruption chez la même personne, se suspendant pendant des mois, reprenant ensuite, ou bien, au contraire, disparaissant pour ne plus revenir après quelques légères atteintes. Toutes ces inégalités, toutes ces variations dans un phénomène si commun, avaient fait regarder les vomissements de la grossesse comme un phénomène de la sympathie nerveuse, jusqu'à l'école du docteur Bretonneau, qui y a vu un fait analogue aux vomissements par étranglement intestinal dans les hernies ou dans le volvulus. J'avoue que, jusqu'à nouvelle démonstration, je reste encore du parti des anciens. Je ne comprends pas trop comment on pourrait voir, dans ces vomissements, autre chose qu'un phénomène nerveux, n'ayant rien de mécanique ni dans ses apparitions, ni dans ses suspensions, ni dans ses préférences, ni dans ses différences de grossesse à grossesse chez la même personne. On sait, d'ailleurs, que ces vomissements ont lieu l'estomac vide, aussi bien que quand il est plein, la nuit comme le jour, mais le plus souvent vers le matin ; qu'ils chassent de l'estomac les aliments, quand il y en a ; des mucosités liquides et acidulées, quand la malade est à jeun ; on sait que, dans quelques grossesses, le repos ; dans d'autres, au contraire, l'exercice

provoquent le vomissement. On ne peut ni le prévoir à l'avance pour certaines personnes, ni en pronostiquer la disparition, même avec l'aide de la médecine la mieux entendue.

Au moment de la parturition, des vomissements annoncent souvent l'invasion sérieuse des douleurs. C'est par là que débutent un très-grand nombre d'accouchements ; d'autres fois, le vomissement n'arrive que quand les douleurs se sont assez répétées pour dilater presque complétement le col de l'utérus.

L'éruption des règles, surtout vers les premières menstruations chez les jeunes filles, est souvent précédée et accompagnée de vomissements tout à fait comparables aux vomissements de la grossesse ; ce fait, entre autres, me semble un argument important contraire à la théorie de l'Ecole de Tours.

Enfin, dans d'autres occasions encore, l'utérus exerce sur l'estomac l'action sympathique dont je parle. Cela arrive, on le conçoit, dans les fausses grossesses, dans celles de môles ou d'acéphalocystes, et alors les choses se passent comme si la grossesse devait porter son fruit régulier ; dans des cas de polypes utérins, de corps fibreux peu développés dans le même organe, ou même par le développement d'affections carcinomateuses du col de l'utérus ou du corps de cet organe, et sans que la diathèse cancéreuse, en se développant, ait matériellement envahi l'estomac.

Ces faits, que la pratique de la médecine réunit, chaque jour, sous nos yeux, montrent avec quelle facilité toute modification intéressant l'utérus réagit sur l'estomac et provoque le vomissement.

Dans quelques cas particuliers, on remarque une action analogue de certains autres organes. On sait, par exemple, que le vomissement est très-fréquent dans les opérations sur les yeux, quand on blesse l'iris ; on voit des vomissements opiniâtres accompagner parfois le développement d'une cataracte ou d'une amaurose. J'ai connu une personne dont on ne pouvait pas nettoyer les oreilles intérieurement, sans provoquer des vomissements. Quelques rares sujets ne peuvent pas être chatouillés en certains endroits, sans vomir.

Mais ces exemples curieux ne sont rien en comparaison des vomissements qui arrivent parce qu'on touche le larynx, la luette, ou la base de la langue. Toutes ces parties, destinées à être incessamment en rapport avec des corps étrangers, des aliments plus ou moins mâchés, ne sont pas plutôt mises en contact avec un corps ou sec ou humide, ou mou ou dur, mais non destiné à être avalé, et les touchant brusquement, sans préliminaires d'insalivation et de mastication, que l'estomac se révolte, et les efforts de vomissement ont lieu. Il s'y manifeste,

sans contredit, une synergie providentielle, destinée à garantir l'estomac des invasions étrangères à ses fonctions ; une ressource thérapeutique, dont les médecins surtout tirent parti quand ils veulent débarrasser les voies digestives de quelques substances rebelles à la digestion, ou nuisibles à l'économie. Nous ne devons ici nous occuper de ce phénomène que pour le ranger parmi les vomissements de cause nerveuse.

Ce serait sortir de mon sujet que de parler des vomissements qui surviennent toutes les fois que la muqueuse stomacale est mise en contact immédiat avec des aliments en trop grande quantité, ou d'une nature réfractaire, avec des poisons directs, avec de la bile remontant du duodénum, avec un mucus trop abondant, ou même avec des gaz accumulés pendant la digestion ou à jeun, par une sécrétion de l'estomac, ou avalés par une véritable déglutition. Comme celui du docteur Montègre, tous ces faits, ou ressemblent à une distension mécanique, ou appellent une véritable irritation de l'organe, et dans l'un et l'autre cas provoquent le vomissement par une cause différente de celles auxquelles je crois devoir attribuer la qualification de nerveuses.

Pour achever ce qui regarde les vomissements nerveux, et les conditions dans lesquelles ils ont lieu, il nous reste à faire remarquer seulement ici que, suivant les individus, ils se montrent avec une facilité plus ou moins grande. Chez certaines personnes, les causes les plus légères suffisent ; chez d'autres, au contraire, il faut que l'action soit portée aussi loin qu'on peut l'imaginer. Une première impression les provoque beaucoup plus facilement que les suivantes : il y a beaucoup des conditions ordinaires des vomissements qui se modifient par l'habitude ; par exemple, toutes celles qui se composent des rapports que notre économie établit continuellement avec le monde extérieur. Toutes celles qui proviennent du dedans ne reçoivent aucune modification du fait de l'habitude.

Dans toutes les conditions organiques sur lesquelles nous venons de jeter successivement les yeux, on comprend qu'il n'y a pas de règle générale à établir, ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, ni pour la marche de la maladie. Deux choses seulement sont à faire : 1° reconnaître positivement le fait ; 2° remonter à la cause qui le détermine.

La reconnaissance du fait est bien simple : le vomissement a lieu, et quand le médecin ne l'a pas vu par lui-même, il peut très-souvent se faire représenter les matières vomies ; il est ainsi presque toujours édifié sur les circonstances particulières dans lesquelles la chose s'est passée. Pour déterminer, en second lieu, la nature réelle du vomissement qui s'est produit, on sera obligé de déterminer la cause, c'est-

à-dire la condition essentielle dans laquelle il s'est fait ; c'est un second point qu'il faut toujours tâcher de bien éclaircir.

Pour arriver là, il est indispensable, d'abord, que le médecin soit mis par le malade, sincèrement et sans restriction, au courant de tous les antécédents plus ou moins immédiats. Cette confession éclaircira d'abord tout ce qui regarde le dégoût, l'irritation, les émotions, les défaillances, les douleurs, beaucoup des sympathies du cerveau, de l'utérus, des organes des sens, et particulièrement des excitations de la partie postérieure de la bouche, de la luette ou du pharynx.

Pour le reste, le médecin devra interroger avec soin tous les organes ; rassembler, par exemple, tous les signes qui seraient capables de caractériser une méningite chronique tuberculeuse ou non, compliquée ou non d'altérations propres au cerveau ; se représenter, au besoin, tous les symptômes propres à certains empoisonnements par les narcotiques ; réunir toutes les données capables de rendre une grossesse probable ou certaine ; s'assurer de la présence d'une altération organique de l'utérus, quand les signes diagnostiques conduiraient les probabilités de ce côté ; examiner avec soin l'arrière-bouche, la luette, le pharynx, la base de la langue, et par-dessus tout, s'assurer que le vomissement n'est causé ni par des aliments en excès ou de qualité réfractaire, ni par des poisons directs, ni par de la bile en excès, ni par des mucosités surabondantes ou des gaz accumulés dans l'estomac.

Par ce diagnostic éliminatoire, on arrivera à une certaine somme de probabilités bien capables de mettre le médecin sur la voie ; il ne lui restera plus qu'à acquérir les données positives qui devront assurer sa marche. Pour obtenir ce résultat, il comparera les vomissements dont on lui parle avec ceux que les maladies probables pourraient occasionner, avec la nature, avec la marche connues de ces maladies. Et s'il ne peut pas, même avec toutes ces précautions, se décider nettement et définitivement, il ne tardera pas, par une observation bien entendue, d'acquérir les données qui lui manquent, et d'assurer, avec son diagnostic, toute la conduite qu'il devra tenir.

Son pronostic sera fondé sur la nature passagère ou tenace de la cause qu'il aura reconnue, sur son essence simplement nerveuse ou profondément organique ; la marche de la maladie se réglera certainement sur les mêmes lois bien établies ; les conséquences probables du mal que le médecin devra prévoir aussi, même en dehors du pronostic du moment, dériveront tout naturellement des connaissances ainsi acquises. Le médecin s'attachera d'autant plus à se bien fixer sur tous ces points, qu'alors du moins, si la thérapeutique n'est ni sûre ni puissante, le pronostic peut sauver l'honneur de l'art et de l'artiste.

Il s'en faut d'ailleurs beaucoup que l'art n'ait ici ni sûreté ni puissance. Les différentes conditions de vomissements nerveux que nous avons indiquées exprès avec quelque détail nous présentent chacune quelques indications utiles, et quelquefois même des moyens de soulagement ou de guérison d'une grande efficacité.

Pour résumer utilement les indications, je crois qu'il importe de les classer, non pas dans un ordre méthodique pathologiquement parlant, mais dans une sorte d'ordre artificiel, fondé à la fois sur l'étude de la cause et sur les résultats d'une expérience bien faite. Il me semble que nous passerons en revue toutes celles qui peuvent s'offrir à nous, en suivant l'ordre que voici :

1° Vomissements qui arrivent brusquement, sans avoir été prévus, et qui sont pour ainsi dire une surprise du système nerveux. De cette nature me paraissent les suivants : ceux que causent le dégoût, l'exemple, les émotions, le mouvement circulaire, le toucher du pharynx, de la luette, de l'arrière-bouche. Tous ceux-là peuvent guérir définitivement par l'habitude. Il importe donc, quand on veut s'en débarrasser sans retour, de se vaincre dans les premiers temps, et peu à peu la chose n'arrive plus. Tout l'art du médecin consiste à graduer les épreuves de manière à gagner par degrés l'insensibilité nécessaire. C'est la seule règle à suivre dans toutes ces espèces, et on arrive presque toujours assez facilement au résultat qu'on désire. Ainsi ils font, par exemple, tous les jours les chirurgiens quand ils ont à pratiquer quelques opérations sur les parties indiquées plus haut; ils réussissent assez bien, dans la plupart des cas, à prévenir le vomissement. Il y a plus, cette susceptibilité de certains organes s'use rapidement. Pour peu qu'on revienne au contact nauséabond, et qu'on y persévère, ces parties s'y accoutument, et au bout de très-peu de temps, ne montrent plus aucune espèce de répugnance. C'est ce qu'on voit à chaque instant dans les mêmes opérations, quand on est obligé de les faire *ex abrupto*.

Ce que ces exemples prouvent pour le physique est vrai et démontré aussi pour le moral; les mêmes expériences ne peuvent pas en être faites, mais les mêmes particularités s'y observent. L'habitude constitue souvent la tranquillité d'âme et d'estomac de ceux qui ont été éprouvés fréquemment et beaucoup par les émotions.

Quant à ce vomissement en lui-même, une fois qu'il est produit par toutes les causes que nous venons d'indiquer, il ne demande pas d'autre remède que l'éloignement de la cause, si c'est possible, le lavage complet de l'estomac, et l'usage d'un peu de boisson capable de calmer le système nerveux; les antispasmodiques légers et un peu fortifiants; les bains, le repos, conviennent mieux que tout le reste.

2° Une indication domine dans les vomissements de la seconde espèce, ceux où le système nerveux a en même temps reçu une grave atteinte, dont la circulation se sera ressentie; par exemple, dans les émotions excessives, dans les défaillances, dans certaines douleurs, dans quelques synergies du cerveau, comme celles de la migraine, du mal de mer; dans les sympathies de l'utérus, comme celles des règles, de l'accouchement; dans celles de l'œil. En tous ces cas, un air frais abondamment renouvelé, de très-petites doses répétées souvent d'une infusion de fleurs de camomille ou de feuilles d'oranger, acidulée avec du jus de citron, ou additionnée d'un peu d'éther sulfurique, ou tous autres agents analogues suffiront, avec un peu de temps, pour produire la guérison après avoir soulagé le malade.

3° Dans les affections organiques produisant le vomissement par sympathie, dans les méningites chroniques ayant des résultats analogues, dans les grossesses, la médecine du vomissement ne prend plus qu'un rang secondaire; la première place est manifestement occupée par la fonction dont le trouble occasionne médiatement le symptôme. Il faut dire cependant que cette indication secondaire occupe souvent une grande part du traitement, parce que 1° le vomissement est une cause notable de souffrance, de privation et de malaise pour les malades; 2° il amène à la longue un dépérissement très-fâcheux, et quelquefois même mortel, à cause de la cessation complète de la digestion, comme j'ai manqué moi-même d'en fournir un exemple; 3° enfin, parce que, dans les cas les plus graves et les plus incurables, c'est encore la médecine palliative la plus heureuse pour le malade et la plus satisfaisante pour le médecin qu'on puisse invoquer.

On a conseillé pour tous ces cas des remèdes de toutes sortes. Je n'en connais pas qui réussisse toujours, même dans une de ces conditions morbides bien déterminées; je les ai vus tous produire, au moins pendant quelque temps, une suspension dans les accidents. Voici ceux que j'ai employés : un peu d'eau à la glace, de petits morceaux de glace sucés, quelques cuillerées à café de sorbet à la vanille, un peu d'eau gazeuse, tantôt avec, tantôt sans la présence de bicarbonate de soude, ou de carbonate de chaux et de magnésie; la potion dite antiémétique de Rivière, prise par petites doses et avec soin; deux, trois, quatre milligrammes de sel de morphine répétés tous les quarts d'heure, des applications froides sur l'épigastre, des emplâtres narcotiques sur la même région, des frictions avec une pommade contenant à peu près un vingtième de son poids de belladone, et étendue sur tout le ventre, des bains ou simples, ou gélatineux, ou chargés de 300 à 500 grammes de bicarbonate de soude, 15 à 25 centigrammes de poudre de colombo,

une potion légèrement stibiée et narcotisée. Ce dernier moyen réussit souvent dans les vomissements nerveux qui accompagnent certaines toux violentes; le colombo m'a le plus souvent paru tout à fait inerte; les bains de toutes sortes sont utiles quand le système nerveux est fort excité, ainsi que les frictions de belladone, et ensuite des autres narcotiques ; les applications froides conviennent quand on n'a pas à craindre les résultats de cette température ; les prises de morphine, dans les vomissements par migraine, par mal de mer, par vive sympathie cérébrale ; la potion antiémétique de Rivière, les eaux gazeuses, quand le vomissement devient une habitude, quand il faut réveiller un peu les fonctions digestives, quand le malade a besoin d'être excité; c'est dans ces derniers cas surtout que les boissons à la glace seront convenables et utiles (1). C'est à l'intelligence du médecin de le guider au milieu de toutes ces indications.

D'ailleurs son choix sera quelquefois imposé par des désordres matériels locaux joints aux troubles nerveux. Bien souvent la présence de corps étrangers, de mucus, de bile, de gaz dans l'estomac, l'obligeront à certaine action thérapeutique plutôt qu'à certaine autre. Il ira au plus pressé et s'en trouvera presque toujours bien.

Je ne dirai rien ici des empoisonnements narcotiques, ni des intoxications par les veines ; ces questions seraient tout à fait en dehors de mon sujet ; on doit s'occuper alors de tant d'indications sérieuses avant de penser à guérir le vomissement, on a besoin si souvent de provoquer le vomissement comme premier élément d'une bonne thérapeutique, que ce n'est pas ici la place d'en parler pour le combattre.

Je n'ai pas besoin de dire que l'étude des causes donne presque tous les renseignements utiles pour le traitement des vomissements sympathiques, et laisse pressentir que la thérapeutique est ailleurs que dans le système nerveux. J'ai fait cette remarque bien des fois à propos d'autres symptômes de semblable nature.

S. Sandras.

(1) Une substance qui, dans les vomissements nerveux, nous a rarement fait défaut, c'est la strychnine. 5 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée à prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure. Nous avons vu souvent les vomissements s'arrêter après la quatrième ou la cinquième cuillerée. Mais c'est principalement comme remède antigastralgique que nous faisons usage de cette formule, à la dose d'une cuillerée à café, soir et matin seulement, et cela avec de fréquents succès. Nous y reviendrons.

(*Note du rédacteur.*)

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE CROUP.

Parmi les nombreux agents thérapeutiques proposés par les auteurs contre le croup, il est à peine fait mention du sulfate de quinine; encore n'en est-il parlé qu'à l'occasion de cette forme particulière de laryngite striduleuse désignée communément sous le nom de *pseudo-croup*. Mais pour le croup lui-même, il n'en est rien dit. Cependant un honorable praticien dont la Belgique déplore la perte récente, M. le docteur Puls, a laissé sur ce sujet des observations du plus grand intérêt et que nous croyons dignes d'être soumises à l'appréciation de nos lecteurs. Nous les empruntons aux Annales de la Société de médecine de Gand, dont les rédacteurs ont pris l'honorable initiative de la publication des recherches manuscrites de l'auteur.

Disons d'abord, avant d'exposer les faits, quelles sont les circonstances qui ont motivé les tentatives auxquelles s'est livré M. Puls, et d'après quelles indications il s'est dirigé dans l'emploi du sulfate de quinine.

Ce qui a conduit M. Puls à essayer le sulfate de quinine dans le croup, c'est la remarque qu'il avait déjà faite que cette maladie, même avant l'emploi d'aucune médication, offre non-seulement des rémissions dans sa marche, mais que même elle présente parfois de véritables intermittences; que la toux croupale revient par accès, et ne se fait entendre qu'à des intervalles plus ou moins longs; que les vomitifs et les émissions sanguines locales pratiquées à la partie antérieure du cou, en produisant pour ainsi dire artificiellement ces rémissions, n'enrayaient le plus souvent que momentanément les symptômes graves qui caractérisent cette dangereuse maladie; que le plus souvent les accidents reparaissent quelques heures, une heure, ou même une demi-heure après avec une intensité plus grande.

Partant de ces remarques et de ces diverses considérations, M. Puls profita d'une épidémie de croup très-meurtrière qui se manifesta en 1842 et 1843, pour tenter ses premiers essais. Voici comment il y a procédé.

Craignant, d'une part, s'il administrait le sulfate de quinine par la bouche, que cette substance n'augmentât la dyspnée et les angoisses des enfants, soit par leur répugnance naturelle pour un agent d'une amertume aussi prononcée, soit par le fait même de l'espèce d'oppression nerveuse à laquelle l'administration de cette substance donne quelquefois lieu, M. Puls se détermina à l'administrer en lavement. Cette détermination lui parut encore commandée par l'administration préalable d'un vomitif qu'il crut devoir continuer à prescrire à tous ses malades. Enfin, pour ne négliger aucun des moyens qui lui parais-

saient pouvoir concourir à l'efficacité du sulfate de quinine, il le combina avec le calomel, dont l'expérience a démontré l'influence toute spéciale sur les parties voisines des organes respiratoires où siége l'affection croupale.

La dose à laquelle il a administré le sulfate de quinine est de 8 à 10 grains (40 à 50 centigrammes), uni à 2 à 4 grains (10 à 20 centigrammes) de calomel, pour les enfants de deux à quatre ans, dans les vingt-quatre heures.

Voici quels sont les résultats généraux remarquables qu'il a obtenus. Sur quinze cas traités par cette méthode, il y a eu douze guérisons et trois morts. Pour qu'on ne conserve aucun doute sur la véritable nature de la maladie, autant que pour mettre nos lecteurs mieux à même d'apprécier la part réelle d'influence qui revient au sulfate de quinine dans ces guérisons, nous croyons devoir rapporter quelques-unes des observations recueillies par M. Puls.

Obs. Ire. *Plusieurs accès de croup pendant l'exacerbation desquels on applique des sangsues au cou et l'on prescrit le tartre stibié. On se décide ensuite à donner les lavements de sulfate de quinine et de calomel : la maladie est enrayée et se termine heureusement.* — Enfant d'environ quatre ans, atteint depuis deux jours d'une toux avec léger enrouement, lorsqu'il est tout à coup réveillé dans la nuit du 9 au 10 octobre par un accès de toux sèche, rauque et croupale, avec grande difficulté de la respiration, qui le met momentanément en danger de suffoquer : rémission des symptômes le lendemain. Le 11, vers quatre heures de l'après-midi, nouvel accès aussi intense que celui de la nuit d'avant. A la première visite, l'enfant offre l'état suivant : face rouge et enflée, voix rauque et enrouée ; toux sèche, rauque, sourde, revenant par quintes plus ou moins violentes, comparable au bruit que fait un chien pendant les efforts qu'il fait pour dégager un corps étranger engagé dans son gosier ; respiration précipitée, légèrement sonore et sifflante, surtout pendant l'inspiration ; pouls légèrement accéléré, chaleur générale du corps un peu au-dessus de l'état normal. Soif nulle, langue pâteuse et blanchâtre. (Huit sangsues à la partie antérieure du larynx, cataplasmes de farine de lin chauds, à renouveler de temps en temps ; huile de ricin et sirop de mûres ; eau d'orge chaude coupée avec un peu de lait ; diète absolue.)

Le lendemain 12, 9 heures, légère amélioration : la respiration encore légèrement sifflante pendant l'inspiration, était à cela près naturelle ; la toux était moins fréquente et commençait à devenir grasse et humide ; le pouls ainsi que la chaleur du corps étaient revenus à leur état normal. (Quatre sangsues sur le larynx, mucilage de gomme arabique, quatre onces ; sirop d'ipécacuanha, une once ; cataplasme de farine de lin à la partie antérieure du cou.)

A 11 heures, la respiration était devenue tout à fait libre ; il ne restait plus qu'une légère altération de la voix. L'enfant avait demandé à manger, et était à table, jouant avec d'autres enfants, lorsque tout à coup un troisième accès se déclara avec des symptômes infiniment plus graves et plus intenses que ceux des précédents accès. M. Puls, appelé aussitôt, trouva le

petit malade dans l'état suivant : face livide et enflée, yeux brillants et entourés d'un cercle bleu; parole difficile, voix éteinte; à chaque accès de toux on aurait dit qu'un lambeau de fausse membrane détaché allait être expectoré; la respiration était extrêmement gênée et sifflante. Le thorax, le larynx et les épaules s'élevaient en totalité, la tête était portée en arrière; anxiété extrême; pouls faible et concentré; crachats nuls. (1 grain 1/2 de tartre émétique dans une demi-once d'eau de mélisse et une once de sirop d'ipécacuanha, à prendre en trois fois, à cinq minutes d'intervalle. Une heure après, quatre sangsues à la partie antérieure du cou. Ensuite cataplasme de farine de lin.) A la suite du vomissement, l'enfant fut soulagé, mais les symptômes ne tardèrent pas à reprendre toute leur intensité première. Le 13, ils étaient au plus haut degré, et la dyspnée était à son comble. Ce fut alors que M. Puls, bien qu'il désespérât d'obtenir encore une rémission dans les symptômes, comme au début, résolut d'avoir recours au sulfate de quinine uni au calomel. Quatre grains de sulfate de quinine avec deux grains de calomel et demi gros de sucre, à diviser en quatre paquets, furent prescrits en lavements, dont le premier fut passé immédiatement, le second une demi-heure après, le troisième une heure, et le quatrième deux heures après. Les sinapismes furent également appliqués aux mollets.

Le soir aucun changement appréciable dans les symptômes. (Même dose de sulfate de quinine et de calomel en lavements, dont un le même soir à huit heures, un à minuit, un à quatre heures et un à sept heures du matin; sinapismes aux pieds.)

Le lendemain 14, au matin, légère amélioration du côté de la respiration. Les côtes, jusque-là immobiles, recommençaient de nouveau à faire leurs fonctions; les voies respiratoires, qui étaient sèches, étaient devenues légèrement humides; la toux était un peu moins rauque, aucun changement cependant ne s'était opéré dans l'aphonie. (Même prescription; plus une mixture de quatre onces de mucilage de gomme arabique, avec une once de sirop d'érysimum, et une once de sirop d'ipécacuanha; à prendre d'heure en heure une demi-cuillerée.)

Le soir, nouvelle amélioration; la respiration était beaucoup plus libre, la toux moins fréquente commençait à perdre son timbre particulier, et à prendre le caractère de la toux d'une forte bronchite à son apogée. (Mixture: sinapismes.)

Le 15, respiration devenue beaucoup plus libre; toux persistant encore, mais plus grasse, et ne se faisant entendre que de temps en temps.

Deux poudres, et finalement une poudre par jour, furent encore continuées pendant quelque temps, et l'enfant, à part une légère altération de la voix, qu'il conserva encore bien longtemps après son rétablissement, fut radicalement guéri.

Obs. II. *Exacerbation de toux croupale enrayée d'abord par un lavement de sulfate de quinine et de calomel; on en cesse l'usage : l'exacerbation se reproduit ; elle cède de nouveau à l'usage du lavement.* — Une petite fille de trois ans, assez délicate, mais bien portante avant ce temps, après avoir été atteinte pendant deux jours d'une affection catarrhale avec léger enrouement, et s'être endormie d'un sommeil tranquille, se trouva subitement réveillée pendant la nuit par un sentiment de picotement dans le larynx, qui, après avoir produit quelques petites quintes de toux, détermina bientôt une toux sèche, rauque, sourde, véritablement croupale.

Le lendemain 1er juin 1842, la petite patiente, après avoir été en proie pendant une grande partie de la nuit à cette toux insolite, présenta, à neuf heures du matin, les symptômes suivants : face légèrement rouge et tuméfiée, voix enrouée, respiration précipitée, sonore et sifflante, surtout pendant l'inspiration; à chaque accès de toux, on eût dit qu'une partie de la muqueuse ou qu'un lambeau détaché de fausse membrane allait être expectoré; la langue était naturelle; le pouls, quoique légèrement accéléré, n'était nullement fébrile; peau un peu moite; douleur fixe au larynx. (Tartre émétique, 1 grain 1/2; eau de mélisse, demi-once; sirop d'ipécacuanha, une once, à prendre en deux fois à quelques minutes d'intervalle. Sitôt après les vomissements : sulfate de quinine, quatre grains; calomel, deux grains, sucre en poudre, demi-gros, en quatre paquets, pour autant de lavements. Le soir, légère amélioration; respiration un peu moins précipitée et sonore, restant néanmoins sifflante, surtout pendant l'inspiration. (Même poudre, en quatre lavements. En outre, mixture suivante: mucilage de gomme arabique, deux onces; sirop d'érysimum et d'ipécacuanha, de chaque une once, d'heure en heure une demi-cuillerée à bouche.

Le lendemain matin, la respiration était à peu près naturelle; la toux, quoique encore toujours rauque et accompagnée d'un restant de râle, se faisait entendre moins fréquemment. (Continuation de la mixture, ainsi que des poudres de sulfate de quinine et de calomel.)

Les poudres n'ayant pas été administrés ce jour-là, tous les symptômes étaient revenus avec la même intensité; mais sur les instances de M. Puls, l'usage du remède fut repris dès le jour suivant.

Le 4 juin, nouvelle amélioration : la respiration, qui avait été un peu plus gênée, la veille, était devenue beaucoup plus libre; la toux avait également perdu sa sécheresse et était de nouveau devenue plus grasse et plus humide. Un léger râle se faisait encore entendre de temps en temps, surtout pendant l'inspiration. (Même prescription.)

Le 5, la toux avait commencé à prendre le timbre d'une simple laryngo-bronchite, et ne se faisait entendre que de loin en loin. (Continuation de la mixture et d'une poudre matin et soir.)

Le 6, à part une légère altération de la voix, la maladie n'offrait plus que le caractère d'une simple affection catarrhale touchant à sa fin.

' Deux poudres par jour furent encore continuées pendant deux jours, et l'enfant guérit complétement.

Obs. III. *Toux croupale avec exacerbation; persistance, malgré les applications réitérées de sangsues; on a recours aux lavements de sulfate de quinine, les exacerbations vont en diminuant, des pseudo-membranes sont expectorées; la guérison ne tarde pas à être complète.* — Un enfant âgé de trois ans, d'une constitution forte et sanguine, après avoir été affecté pendant quelques jours d'une légère bronchite avec enrouement, se sentit tout à coup pris, en revenant de l'école, le 6 mars 1843, d'une toux sèche, rauque et manifestement croupale. A peine quelques quintes de toux avaient-elles eu lieu, que la figure devint rouge et enflée, et la respiration extrêmement gênée. On prescrivit aussitôt une application de quatre sangsues à la partie antérieure et supérieure du thorax, et un cataplasme chaud de farine de lin.

Le lendemain matin, l'enfant étant un peu soulagé du côté de la respiration, on ordonna de renouveler les sangsues. Une troisième application de sangsues fut faite encore; mais le mal, au lieu de diminuer, allait en aug-

mentant. La toux, rauque et glapissante auparavant, ne se faisait presque plus entendre. Enfin, dans un accès, le petit malade devint tellement oppressé qu'on le crut expirant. Ce fut alors que M. Puls fut appelé, deux heures après ce dernier accès et le quatrième jour de la maladie. L'enfant avait alors la face enflée, livide, violacée et couverte d'une sueur froide; le pouls accéléré, faible et contracté, les yeux hagards, les narines largement écartées; la toux se faisait à peine entendre. Il y avait extinction de la voix, la respiration était excessivement laborieuse et abdominale; la tête renversée en arrière, la surface du corps violette; le sifflement ne se faisait entendre que lorsque l'enfant voulait pleurer ou parler. Il portait fréquemment la main à son cou. (Sulfate de quinine, 4 grains; calomel, 2 grains; sucre en poudre, 1/2 gros, en quatre paquets pour autant de lavements. Eau d'orge et de lait pour boisson.)

Le lendemain 10, au matin, légère amélioration du côté de la respiration; toux un peu grasse et humide; parole plus régulière et développée. (Prescription *ut suprà.*)

Le soir, respiration plus libre; à chaque accès de toux on aurait dit qu'une partie de fausse membrane allait être expectorée. (Une poudre en lavement pendant la nuit et une autre le lendemain matin.)

Le 11, au matin, nouvelle amélioration; l'expectoration commençait à avoir lieu, mais l'enfant en avalait le produit. (Une poudre à midi et une le soir en lavement.)

Le soir, même état. Le 12 on présente au médecin des morceaux de lambeaux membraniformes, à moitié fondus, nageant dans une mucosité puriforme. La respiration était de nouveau beaucoup améliorée, mais une légère toux avec enrouement continuait encore à avoir lieu. (*Ut suprà.*) Le soir, nouvelle expectoration de lambeaux de fausses membranes.

Le lendemain 13, même état et même traitement. Le 14, l'enfant expectorait encore des morceaux de fausses membranes, et la respiration était presque entièrement libre. (Même traitement.)

Le 15, diminution notable dans l'expectoration des lambeaux couenneux. Le 16, à part une toux légère et fort rare, et qui persista, de même que l'altération de la voix, bien longtemps après que l'affection croupale eut disparu, l'enfant n'offrait plus aucun symptôme alarmant. Il fut bientôt complétement rétabli.

Nous avons dit que sur quinze malades soumis à la même médication, douze avaient guéri, et que trois seulement avaient succombé. Il est bon de mentionner comment les choses se sont passées dans ces trois cas malheureux.

Dans l'un d'eux les symptômes continuèrent à s'aggraver, malgré le sulfate de quinine administré consécutivement durant trois jours, quatre fois par jour. Après s'être convaincu de son inefficacité, M. Puls se décida, sur les instances réitérées des parents, à avoir recours aux déplétions sanguines locales, pratiquées à la partie antérieure du cou. Mais les symptômes, au lieu de diminuer ou de rester stationnaires, allèrent au contraire en croissant; l'enfant mourut le quatrième jour.

Le deuxième sujet était, au moment où on commença l'administration du sulfate de quinine, au-dessus des ressources de l'art. La diarrhée abondante qui compliquait son état déjà si grave empêcha d'ailleurs que les lavements de sulfate de quinine pussent être administrés avec efficacité. L'enfant mourut six heures après l'administration du premier lavement.

Enfin chez le troisième, la maladie avait débuté quelques jours avant par un simple état catarrhal et durait depuis trente-six heures lorsque les secours de l'art furent réclamés. Il succomba au milieu des plus grandes angoisses, nonobstant une application de sangsues à la partie antérieure du larynx, l'emploi du calomel à l'intérieur, des frictions mercurielles au cou, et en dernier lieu des poudres de sulfate de quinine et de calomel en lavement.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux qu'avait obtenus M. Puls, dans de précédentes épidémies, en recourant aux méthodes habituellement usitées, on est frappé de l'énorme différence qu'ils présentent. Tous les enfants atteints de croup qui furent traités, dans le courant de l'année 1841, sans faire emploi du sulfate de quinine et du calomel en lavements, périrent au bout de quelques jours, et parfois même au bout de quelques heures de maladie. Durant les autres années, sur un nombre assez considérable, mais dont nous ne pouvons préciser le chiffre, trois enfants seulement furent sauvés, et encore la maladie parcourut-elle toutes ses périodes comme à l'ordinaire.

Il n'est donc pas possible de méconnaître l'influence bienfaisante du traitement dans cette dernière épidémie.

Quant à la part qui revient au sulfate de quinine dans les heureux effets de la médication en question, nous ne pensons pas qu'on puisse la mettre en question. Nous avons dit quel était le motif qui avait engagé M. Puls à combiner le sulfate de quinine avec le calomel. Mais après avoir constaté l'efficacité de ce mélange, il a voulu s'assurer que c'était bien au sulfate de quinine que devait être attribuée la part principale dans les résultats. Dans deux cas où la maladie, il est vrai, s'annonçait devoir être moins grave que dans les autres, le sulfate de quinine a été administré seul, de la même manière, c'est-à-dire en lavement, et avec le même succès. On en jugera par le fait suivant, où l'on voit en quelque sorte tout à la fois, comme dans l'un des cas précédents, la preuve et la contre-épreuve de l'efficacité du sulfate de quinine.

Obs. IV. *Toux croupale combattue avec succès par le lavement au sulfate de quinine; une dose insuffisante de sel quinique ne s'oppose pas au retour d'un accès subséquent; la reprise du sulfate de quinine donné seul et à dose convenable arrête de nouveau les exacerbations. La maladie se termine ensuite favorablement.* — On prescrivit à un enfant atteint de croup, deux grains de

sulfate de quinine. A peine le médicament venait-il d'être pris, que déjà la toux commençait à diminuer et à être modifiée dans son caractère.

L'enfant s'étant exposé, à différentes reprises pendant la journée, à un courant d'air, il fut repris, vers le soir, d'un nouvel accès de toux sèche et rauque, qui se répéta plusieurs fois pendant la nuit, et occasionna de l'oppression. Le lendemain matin tout avait disparu. Un seul grain de sulfate de quinine ayant été administré en lavement le matin, tous les symptômes de la nuit d'avant reparurent dans le courant de la journée avec la même intensité. Le soir, quatre grains de sulfate de quinine furent administrés en deux fois, à une heure d'intervalle, en deux lavements. Les symptômes s'amendèrent de nouveau. Le lendemain matin six grains de quinine furent de nouveau prescrits; l'amélioration se soutint. Enfin la même poudre fut encore continuée pendant deux jours à la même dose, après quoi on en donna deux doses seulement, puis finalement une par jour, et l'enfant resta radicalement guéri. — Ainsi chez cet enfant, sous l'influence du sulfate de quinine, les accès ont d'abord diminué en nombre et en intensité, la toux est devenue insensiblement moins rauque, et finalement elle s'est transformée en une toux grasse, qui ne se faisait entendre que très-rarement.

Un dernier point nous reste à examiner, et ce n'est pas le moins important au point de vue pratique. Après les faits que nous venons de citer, il ne peut rester de doute dans l'esprit de personne sur les bons effets du sulfate de quinine dans les cas de croup qui viennent d'être rapportés. Mais faudra-t-il en conclure que le sulfate de quinine soit une sorte de spécifique, un moyen infaillible contre le croup en général, et qu'on doive se flatter désormais de guérir constamment, dans tous les temps, dans tous les lieux, chez tous les individus, ainsi qu'à toutes les périodes de la maladie? Non sans doute. Telle n'est pas la conclusion qu'on doit s'attendre à nous voir formuler. Nous ne voulons déduire des faits que ce qu'ils renferment implicitement, et pour cela il faut se reporter au temps et aux lieux où ces faits se sont passés, et tenir compte des conditions particulières sous lesquelles ils se sont produits et des caractères qui les distinguent des cas analogues. Et d'abord, rappelons un fait qui n'a point échappé aux observateurs attentifs, c'est que bien que constituant par ses phénomènes essentiels une affection identique au fond, le croup diffère dans sa physionomie générale, selon qu'on l'observe dans des localités différentes ou dans des temps différents, ou même, comme l'a remarqué M. le docteur West, professeur à l'hôpital de Middlesex, suivant qu'on l'observe au sein des classes pauvres agglomérées dans une grande ville, ou chez les enfants des classes ouvrières qui habitent certains districts ruraux. Tantôt, en effet, il se montre sous la forme sthénique, accompagné de tout le cortége des symptômes fébriles et inflammatoires, signes d'un surcroît d'activité dans tout le système vasculaire : pouls fréquent, plein et

dur, peau chaude et brûlante, urines foncées, soif vive, etc. D'autres fois, au contraire, le croup, au lieu de présenter cet appareil de symptômes inflammatoires, offre une physionomie générale tout opposée ; le pouls est fréquent, mais petit et faible, la langue est blanchâtre ou même naturelle, l'urine peu colorée, la peau peu chaude ; en un mot, il n'y a que très-peu ou même pas de réaction. Telle était précisément la physionomie caractéristique de l'épidémie de croup durant laquelle M. Puls a expérimenté avec un si remarquable avantage le sulfate de quinine. Si l'on ajoute que ces faits se passaient dans la Flandre, dans une localité basse et humide, traversée de tous les côtés par des canaux, on concevra aisément comment la méthode antiphlogistique qui, au dire des médecins anglais, leur réussit si bien dans cette forme spéciale de croup qu'ils désignent par la qualification de sthénique, ne pouvait offrir aucune chance de succès dans cette circonstance, et comment au contraire le sulfate de quinine a donné d'aussi heureux résultats.

En résumé, d'après les résultats consignés dans ce travail, on est fondé à espérer les plus grands services de l'emploi du sulfate de quinine dans le croup, en le subordonnant, bien entendu, aux indications spéciales déterminées par le caractère même des faits qui précèdent.

Au reste, l'emploi des lavements n'a point empêché l'usage des sangsues et même des vomitifs, moyens auxquels on n'a cependant point eu recours dans la quatrième observation. Si donc nous ne donnons point la méthode comme devant toujours être exclusive, nous ne pouvons nous empêcher de la recommander comme devant être un adjuvant extrêmement utile dans tous les cas où le croup présentera dans sa marche des accès bien prononcés ou seulement des exacerbations incontestables.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU CHLOROFORME AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Les agents anesthésiques, et en particulier le chloroforme, sont si bien accrédités maintenant, qu'il serait superflu de chercher plus longtemps à en préconiser l'usage. A Paris, à Londres, dans toutes les grandes villes, partout où existent de grands établissements hospitaliers, il ne se fait pas une opération de quelque importance qu'on n'ait préalablement recours aux agents anesthésiques. Nous n'avons donc à faire à cet égard la conviction de personne, pas plus celle des opérateurs que celle des malades ; car si les opérateurs, par hasard ou par

oubli, n'arrivaient point auprès de leurs malades munis du flacon inhalatoire, désormais inséparable de tout appareil chirurgical, ceux-ci sauraient bien le réclamer. Aussi n'est-ce pas dans ce but que nous revenons aujourd'hui sur ce sujet', mais précisément en raison de l'importance acquise de cette invention ; parce que l'usage du chloroforme est irrévocablement entré dans la pratique chirurgicale, et qu'il tend à se généraliser de plus en plus tous les jours, il importe d'autant plus, à notre avis, d'éclairer les praticiens sur les meilleures conditions de succès de l'éthérisation, sur les inconvénients ou les abus auxquels son usage peut donner lieu, sur le degré de réalité des dangers qu'on lui a attribués ; et enfin, sur les indications auxquelles doivent être soumis les divers modes d'emploi dont elle est susceptible.

On a fait grand bruit, dans ces derniers temps, de plusieurs accidents graves et même de quelques cas de mort attribués à l'emploi du chloroforme. Bien qu'il y eût dans l'annonce seule de ces faits de quoi jeter l'inquiétude dans les esprits, nous devons à la vérité de dire qu'ils n'ont pas un seul instant ébranlé la confiance de nos chirurgiens. On en concevra aisément la raison. En admettant que les accidents dont il s'agit soient bien réellement dus à l'action du chloroforme, ces faits sont jusqu'à présent en si petit nombre, en proportion des applications sans nombre qui en sont faites tous les jours, tant dans la pratique civile que dans les hôpitaux, ils constitueraient des exceptions tellement rares, qu'il faudrait en chercher la cause dans quelque circonstance particulière, tout à fait insolite. Mais nous irons plus loin, et, joignant nos propres impressions au sentiment le plus général des chirurgiens de nos hôpitaux, nous mettrons en doute que le chloroforme ait pu produire les accidents mortels dont on a entretenu le public et les Académies, tant l'innocuité des inhalations chloroformiques nous a paru constante, toutes les fois, bien entendu, que ces inhalations étaient pratiquées avec les précautions et dans les mesures convenables. Nous reconnaissons néanmoins que si ce sont là des motifs suffisants pour justifier la sécurité et la confiance des chirurgiens des grands hôpitaux, il n'en est pas de même pour les praticiens des petites localités, dont la responsabilité est plus immédiate et beaucoup plus impérieuse, et qui, pour se livrer en toute sûreté de conscience à la pratique des inhalations, ont besoin d'être prémunis contre les chances même les plus éloignées d'événements malheureux. C'est donc plus spécialement pour ces praticiens que nous écrivons ces lignes, et c'est dans le but de les rassurer contre la crainte de semblables éventualités que nous allons essayer d'apprécier en quelques mots les faits en question.

Parmi les cas de mort attribués au chloroforme, il en est deux qui

ont plus spécialement fixé l'attention publique; ce sont ceux de M. Gorré, de Boulogne, et de M. Robert, de l'hôpital Beaujon.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une femme qui devait subir une opération très-simple (incision d'un abcès). Tout étant disposé pour cette opération, M. Gorré plaça sous les narines de la malade un mouchoir sur lequel il avait versé de 15 à 20 gouttes de chloroforme. A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations, qu'elle poussa des cris plaintifs, disant qu'elle *étouffait;* son visage pâlit, ses traits s'altérèrent, sa respiration s'embarrassa, ses lèvres se couvrirent d'écume. L'opération fut aussitôt pratiquée: un instant après la malade était morte.

Sans doute, en raisonnant d'après l'argument *post hoc, ergò propter hoc*, c'est an chloroforme qu'on devrait attribuer la mort de cette femme, comme l'a fait M. Gorré lui-même. Mais si l'on examine le fait de plus près, non-seulement on ne voit pas la liaison nécessaire qui existe entre cet événement fatal et la cause présumée, mais on est tout aussi fondé au moins à rapprocher ce fait de ces cas dont la science offre plusieurs exemples, jusqu'ici inexplicables, de mort survenue inopinément et sans cause appréciable, au moment même de l'exécution d'une opération, et d'une opération même quelquefois des plus minimes. En voici un, par exemple, dont M. Honoré a été témoin, et que nous tenons de lui-même. Un homme de soixante ans, fort, replet et bien constitué, consulta M. Civiale pour un calcul de la vessie. Cet habile chirurgien introduisit un cathéter ordinaire pour explorer cet organe; nous n'avons nul besoin de rappeler avec quelle légèreté et quels ménagements M. Civiale fait ces sortes d'explorations. A peine le cathéther avait-il pénétré dans la vessie que la respiration s'embarrassa, et cet homme succomba sans que rien pût un seul instant le ranimer. Nous le demandons : qu'on eût appliqué l'éthérisation à cet homme avant de pratiquer le cathétérisme, n'aurait-on pas été porté aussi à accuser l'éther ou le chloroforme de cet événement funeste? — Nous en dirons autant du fait de M. Robert, qui ne nous paraît pas plus démonstratif que celui du médecin de Boulogne. Dans le fait de M. Robert, il s'agit d'un blessé de Juin, atteint d'une plaie d'arme à feu très-grave (fracture comminutive de la cuisse à sa partie supérieure), qui nécessita la désarticulation immédiate de la cuisse. Le blessé était un insurgé, sous le coup encore de la stupeur et de l'espèce de sidération nerveuse qui accompagnent ces sortes de blessures, et de plus en proie à un sombre désespoir. L'opération ayant été jugée nécessaire d'urgence, on soumit le malade à l'inhalation; en raison de la longueur de l'opération, cette première inhalation ayant été insuffisante, on en fit une seconde; mais alors le malade fut pris d'une syncope mortelle.

Si déjà les annales de la chirurgie ne nous rappelaient des exemples de syncope mortelle survenue pendant l'exécution de semblables opérations, notamment le fait si connu de M. Roux, n'y a-t-il pas ici, dans le concours de conditions aussi graves, tout autant de raisons qu'il en faut pour expliquer une syncope mortelle, sans la mettre exclusivement sur le compte du chloroforme? Du reste, devons-nous ajouter ici que dans l'opinion de notre honorable confrère, M. Robert, les conditions spéciales que nous venons de rappeler n'ont point été étrangères à la production de ce funeste accident? Seulement, il en attribue la plus grande part au chloroforme.

Toutefois, si ces cas de mort ne justifient point, suivant nous, les appréhensions qu'ils ont pu susciter, ils ne doivent pas non plus rester complétement stériles comme enseignement; n'y eût-il que le doute qu'ils pourront laisser encore dans quelques esprits sur la reproduction possible de semblables accidents, ce serait encore un motif suffisant pour nous d'insister auprès de nos confrères sur la nécessité de s'entourer, dans la pratique des inhalations, de tous les soins et de toutes les garanties capables de rendre désormais de pareilles éventualités impossibles.

Un court parallèle entre la manière de procéder des chirurgiens français et celle des chirurgiens anglais, que nous avons eu récemment l'occasion de voir à l'œuvre, nous permettra de formuler les règles d'application qui nous paraissent le mieux atteindre ce but.

Il n'est personne maintenant qui ne sache à quelle succession de phénomènes et à quels caractères on distingue les différents degrés et périodes d'éthérisation. Cette distinction est de la plus grande utilité pour la pratique. Les chirurgiens de Paris, et la plupart des chirurgiens en France agissent de même, ne cherchent jamais, sauf les cas d'exception que nous ferons connaître tout à l'heure, à outrepasser la seconde période, c'est-à-dire celle qui est caractérisée par la perte de la sensibilité, sans perte complète de la connaissance et des sens, et sans perte du mouvement. Le malade, en proie à une certaine excitation, entend et comprend encore ce qu'on lui dit; ses paupières sont mi-closes, mais il ne dort point encore, et si on lui dit d'ouvrir les yeux, il fait des efforts visibles, mais impuissants, pour soulever les paupières; enfin il est insensible aux piqûres et au pincement de la peau : c'est ce moment que choisit d'ordinaire le chirurgien pour commencer l'opération, et c'est en effet le moment le plus favorable, car d'une part l'insensibilité, bien qu'incomplète, est suffisante pour le but qu'on se propose; et, d'autre part, on est certain, en ne dépassant pas cette limite, d'être à l'abri de toute chance d'accident. Nous disons que l'insensibilité, bien qu'incomplète, est suffisante; il est effectivement d'observation que

l'insensibilité continue à s'accroître encore pendant quelques instants, à partir du moment où l'on a cessé l'inhalation, de sorte que, bien qu'en agissant ainsi les malades sentent quelquefois les premières incisions, ils ne tardent pas à perdre jusqu'à la conscience même de l'opération qu'ils subissent, et à leur réveil ils n'ont aucun souvenir d'avoir souffert. Ces résultats sont indifféremment obtenus soit à l'aide des appareils, soit simplement avec l'éponge.

Cette manière d'agir nous paraît réunir tous les avantages : insensibilité suffisante pour le but qu'on se propose, sécurité pleine et entière dans les résultats. C'est pour avoir été, depuis plus d'un an, journellement témoin des effets constamment heureux de l'inhalation ainsi pratiquée et de sa parfaite innocuité, que nous avons mis en elle la plus grande confiance.

En Angleterre, les chirurgiens sont plus hardis que nous (nous ne voulons pas dire plus téméraires) ; ils poussent les inhalations de chloroforme beaucoup plus loin, et n'opèrent qu'alors seulement que la résolution de la sensibilité et du mouvement est complète. Cette immobilité du malade est une circonstance favorable pour le chirurgien ; elle lui donne une plus grande liberté dans ses manœuvres ; mais nous ne devons jamais oublier que c'est le malade seul qui doit bénéficier du bienfait des inhalations.

Lorsqu'on applique l'éponge imprégnée de chloroforme immédiatement jusqu'au contact des narines, et qu'on la maintient ainsi, l'insensibilité arrive beaucoup plus promptement que par les autres procédés, à cause de la plus grande pureté du chloroforme inhalé et de l'action locale immédiate de cet agent sur les nerfs olfactifs et par leur intermédiaire sur le cerveau lui-même. Aussi est-ce l'un des moyens qu'on emploie pour obtenir promptement l'état de résolution.

Cette méthode, comme celle qui consiste à faire respirer les vapeurs de chloroforme dans une vessie, peut avoir ses avantages sans doute, dans les cas, par exemple, où l'on aurait intérêt à obtenir immédiatement un effet prompt et complet. Mais, sauf les indications spéciales qu'elle peut utilement remplir, notamment dans quelques-unes des applications médicales sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard, nous croyons que, comme méthode générale, elle peut n'être pas entièrement exempte de dangers ; et, n'eût-elle en réalité d'autre inconvénient que de donner accès à de légitimes appréhensions, fondées sur l'impossibilité de graduer à volonté et de mesurer en quelque sorte les progrès de l'insensibilité, ce serait un motif suffisant à nos yeux pour donner, en tout état de cause, la préférence à la manière d'agir des chirurgiens qui se bornent à placer l'éponge imprégnée de

chloroforme au-dessous et à une certaine distance des narines, de manière à ce que les vapeurs de chloroforme n'arrivent dans les voies respiratoires que mélangées avec une certaine proportion d'air.

Cette remarque s'applique avec bien plus de raison encore aux opérations pratiquées chez les femmes et chez les enfants, beaucoup plus sensibles, comme tout le monde le sait, à l'action des agents anesthésiques, et chez lesquels il pourrait y avoir un véritable danger à diriger cette action d'une manière trop immédiate vers le cerveau. C'est pour ce motif que les appareils nous paraissent devoir être préférés à l'éponge pour les enfants et les personnes du sexe.

Une fois l'anesthésie produite, il faut, pour éviter une saturation dangereuse, cesser l'inhalation, ou bien la rendre très-faible et intermittente : avec cette simple précaution, on peut prolonger l'insensibilité pendant un temps assez long. Au moment où nous écrivons ces lignes nous lisons, dans le dernier numéro de la Gazette médicale de Strasbourg (20 septembre), une observation de M. Hergott, dans laquelle on voit que l'éthérisation fut entretenue, chez une jeune fille, par des inspirations *intermittentes* de la substance anesthésique, pendant une heure vingt-cinq minutes que dura l'extirpation d'une tumeur développée à la face interne et supérieure de la cuisse. C'est, soit dit en passant, l'éthérisation la plus longtemps soutenue, dont il ait été fait mention. L'an dernier, nous avons vu M. le professeur Denonvilliers prolonger l'éthérisation pendant trois quarts d'heure pour l'ablation d'une tumeur développée au milieu des muscles du mollet. La malade, âgée de quarante ans environ, n'éprouva d'autre accident qu'un peu de céphalalgie qui était dissipée complétement le troisième jour. Ces faits, tout exceptionnels qu'ils doivent rester, parlent d'eux-mêmes.

Nous répétons de nouveau qu'en règle générale on ne doit point pousser l'inhalation éthérée au delà du commencement de la deuxième période ; mais nous avons fait à cet égard nos réserves pour quelques cas spéciaux qui réclament une action beaucoup plus intense et plus prolongée. Il est des circonstances, en effet, dans lesquelles l'inhalation ne peut être utile qu'à la condition de déterminer une perte complète de la sensibilité, et de plus un commencement de relâchement musculaire ; d'autres même où une résolution complète de la sensibilité et de la motilité est indispensable : tels sont, par exemple, les cas de réduction de luxations et de réduction de hernies étranglées. Cette double suspension volontaire et inopinée de deux grandes puissances vitales, que Mayor signalait avec raison, lors de la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, comme l'un des plus beaux pro-

blèmes que la science ait pu se proposer de résoudre, a été obtenue avec les plus brillants avantages dans les cas dont il s'agit. — M. Bouchacourt a fait connaître, il y a quelques mois, à la Société de médecine de Lyon, une série de cas de luxations, les unes récentes, les autres anciennes, et dont la réduction a été obtenue avec une merveilleuse facilité au moyen des agents anesthésiques ; et cela se conçoit aisément ; le plus grand obstacle, le seul que l'on rencontre souvent, mais d'une manière insurmontable à la réduction des luxations, c'est la contraction musculaire. Mais on comprend aussi, par cette même raison, qu'il importe, pour atteindre le but qu'on se propose, de pousser l'éthérisation au delà de la période d'excitation, qui serait non-seulement insuffisante, mais contraire, puisque ce que l'on a le plus à redouter dans ce cas, ce sont les spasmes dans lesquels la contractilité musculaire est mise violemment en jeu ; ce n'est pas seulement la sensibilité qu'il s'agit d'éteindre, mais aussi, et surtout, la contractilité. Une fois la résolution musculaire obtenue, les os déplacés se remettent dans leurs rapports normaux avec la plus grande facilité.

Il est bon d'ajouter que, dans aucun des cas rapportés par M. Bouchacourt, on n'a eu à signaler des accidents primitifs ou consécutifs, soit locaux, soit généraux.

Nous avons vu récemment, à l'Hôtel-Dieu de Paris, plusieurs cas non moins remarquables de réduction de hernies étranglées à l'aide du chloroforme. Ces observations ont été recueillies avec un grand soin, et publiées par M. Guyton, interne du service. Nous ne pourrions pas, sans dépasser les limites dans lesquelles nous devons renfermer cette note, en reproduire ici les détails, et moins encore entrer dans une discussion et un examen approfondis des indications spéciales de l'application du chloroforme en pareil cas ; les praticiens pressentiront aisément que toutes les hernies ne sont pas également susceptibles d'être réduites à l'aide de cet agent, et que son emploi devra être subordonné à la détermination préalable de la nature des hernies, des causes principales de leur étranglement et des obstacles qui s'opposent le plus énergiquement à la réduction. Nous ne mentionnons ces faits seulement que comme un nouvel exemple d'une des applications heureuses des agents anesthésiques, et d'une de ces applications qui exigent que l'anesthésie soit portée jusqu'à la résolution musculaire. Or, dans ces cas, comme dans ceux de M. Bouchacourt, l'anesthésie a pu être portée au point de produire, pendant la durée nécessaire pour la réduction, l'abolition complète de la sensibilité et de la contractilité, sans qu'il en soit résulté d'accidents.

Pour nous résumer, rien ne prouve jusqu'à présent, d'une manière

péremptoire, que l'anesthésie produite par le chloroforme, seule et de son propre fait, ait été la cause des accidents mortels qui ont été signalés.

Pour les opérations ordinaires et qui n'exigent que l'abolition momentanée de la sensibilité, il suffit de s'arrêter au commencement de la deuxième période; et le procédé le plus simple à la fois et le plus convenable pour atteindre ce degré, est celui qu'ont généralement adopté les chirurgiens de Paris, et qui consiste à se servir d'un appareil ou bien d'une éponge maintenue à une certaine distance des fosses nasales.

Pour les femmes et les enfants, l'usage de l'appareil est préférable.

Enfin, dans les cas seulement où il est nécessaire d'obtenir simultanément l'abolition momentanée de la sensibilité et de la contractilité musculaire, il est indispensable de pousser l'éthérisation jusqu'à la deuxième période accomplie, et même jusqu'au commencement de la troisième période.

L'expérience prouve jusqu'à présent qu'on a pu atteindre ce degré d'éthérisation sans danger.

Toutefois la prudence exige qu'on ne cherche à atteindre ce degré d'éthérisation que lorsqu'il est une condition indispensable de succès, et lorsque le résultat que l'on se propose d'atteindre est assez important pour contrebalancer les chances possibles d'accidents.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DES EAUX MINÉRALES ARSENICALES.

En 1839, M. Tripier, pharmacien de l'armée, pendant son séjour en Algérie, signala la présence de l'arsenic, en très-faible proportion, dans l'eau crayeuse des sources thermales d'Hammam-Meskoutine, connues sous les noms de *Bains maudits*, de *Bains enchantés*, arsenic qu'il ramena à l'état métallique et qu'il dosa. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, t. IX, p. 600.) Ce fait semblait être isolé; auparavant on ne connaissait la présence de l'arsenic dans aucune des eaux minérales analysées; mais cette question devait prendre une bien autre proportion. Walchner, chimiste badois, ayant constaté par l'analyse l'existence de l'arsenic et du cuivre dans des minerais de fer qu'il considérait comme des dépôts formés par d'anciennes sources ferrugineuses, eut l'idée de rechercher ces métaux dans les eaux ferrugineuses des bords du Rhin et les y trouva. Aussitôt la publication des travaux de Walchuer, les chimistes français expéri-

mentèrent et trouvèrent l'arsenic au nombre des principes minéralisateurs de la plupart de nos eaux minérales ferrugineuses, où ce métal avait jusqu'à présent échappé à l'analyse chimique. Les eaux où le fer existe à l'état de carbonate dissous à la faveur d'un excès d'acide carbonique en contiennent, on peut le dire, toutes. Celles où le fer est sulfaté en avaient semblé d'abord exemptes; mais déjà on l'a trouvé dans quelques-unes d'entre elles. Quelques eaux qui n'appartiennent point à la classe des eaux ferrugineuses, celles de Vichy, par exemple, ont été trouvées aussi en contenir. La plupart des sources n'ont point encore été réanalysées à ce point de vue, de sorte qu'on peut supposer que beaucoup de celles qui se trouvent dans ce cas sont arsenicales.

L'existence de l'arsenic au nombre des principes minéralisateurs des eaux minérales médicinales est donc désormais un fait acquis à la science hydrologique.

Chose singulière, c'est dans une eau crayeuse et dans des eaux ferrugineuses, et non dans des eaux salines, que la présence de l'arsenic est d'abord constatée, tandis que la théorie eût fait pressentir le contraire. L'eau de chaux sert en effet, dans les laboratoires, à précipiter les solutés arsénieux ; l'oxyde de fer est employé comme contre-poison des arsenicaux, parce qu'il donne lieu, comme la chaux, ajoutons, et comme la magnésie, à la formation d'un arsénite insoluble. Rien cependant n'est plus commun que l'alliage du fer métallique avec l'arsenic métallique ; mais, nous le répétons, leur combinaison saline et leur dissolution dans les eaux minérales ne pouvaient guère se prévoir, et c'est probablement ce qui a été cause qu'on ne l'a pas constatée plus tôt. Cela prouve bien que la nature a des moyens de combinaison, de solution et de protection des produits qu'elle a formés, que nous ne possédons ni même ne connaissons, et que dans nos appréciations des phénomènes chimiques naturels, nous devons toujours faire des réserves.

De même que l'arsenic, l'iode, qui semblait être le privilége d'un petit nombre d'eaux minérales, est reconnu tous les jours dans de nouvelles sources ou dans des sources anciennes, mais où il avait échappé aux premières analyses qui en avaient été faites. En sera-t-il de même avec l'antimoine, que Walchner a découvert en même temps que l'arsenic et le cuivre dans les eaux de Wiesbaden? Ces faits sont très-propres, on n'en saurait disconvenir, à donner aux praticiens la mesure de l'importance thérapeutique des eaux minérales naturelles, et à les éclairer sur les applications variées qu'ils peuvent en faire. En effet, certaines cures que l'on obtenait, et qu'il fallait, avant cette connaissance, accepter empiriquement, s'expliquent aujourd'hui et peuvent être multipliées, puisqu'on peut les prévoir. N'est-il pas maintenant évi-

dent que les eaux arsenicales pourront être employées et rendre des services partout où l'acide arsénieux a été employé avec succès, comme dans les affections cutanées, cancéreuses, scrofuleuses, les fièvres d'accès, etc.? Si l'on venait arguer que la proportion d'arsenic est si faible qu'il y aurait folie à attribuer à cet agent une action thérapeutique quelconque, nous ferions remarquer que c'est un fait d'expérience que dans les solutés naturels les corps ont une action incomparablement plus grande que dans nos solutés artificiels.

Mais si pour l'iode, par exemple, il n'y a à envisager que le côté chimique et thérapeutique de la découverte, pour l'arsenic c'est autre chose, il y a en outre à considérer la question de médecine légale. Etablissons de suite que dans aucune des eaux arsenicales jusqu'à présent connues, l'arsenic ne se trouve en proportion véritablement toxique, et même s'en rapprochant, puisque cette proportion remonte à des millionnièmes. Dans le sein de la source c'est différent, le composé arsenical y existe en proportion beaucoup plus forte. Mais arrivées au contact de l'air, les eaux laissent déposer la plus grande partie de ce composé; aussi trouve-t-on ce dernier très-facilement par l'analyse dans les dépôts des sources. Il n'y a donc pas même à s'arrêter sur la possibilité d'accidents toxiques par l'ingestion en telle quantité que ce soit des eaux arsenicales connues. Mais c'est sur un autre côté de la question que nous voulons appeler l'attention. Comment, en effet, dans une question médico-légale, démêler l'arsenic provenant d'une eau minérale au traitement de laquelle un individu aura été soumis, de l'arsenic ingéré comme moyen de suicide ou d'homicide? Par la quantité relative? Bien, si l'on opère au moment de l'empoisonnement; mais si l'on expertise longtemps après? On prévoit donc malheureusement tout le parti que pourront tirer les criminels, non toujours avec succès, bien entendu, de cette circonstance de l'existence de l'arsenic dans les eaux minérales, et si surtout on en confirmait la présence dans des eaux potables ou des produits minéraux très-répandus, comme dans l'eau d'Arcueil, la craie de Meudon, où M. Caventou a cru le reconnaître. Ces faits nous semblent très-propres aussi à remettre en débat l'arsenic normal.

Reprenons notre sujet au point de vue chimique.

Quelle est la méthode à suivre pour la recherche de l'arsenic dans les eaux minérales? Elle n'est point embarrassante pour les chimistes habitués au maniement de l'appareil de Marsh, car toutes les opérations, toutes les précautions qui sont suivies ou prises dans l'usage habituel de cet appareil sont à suivre dans le cas qui nous occupe. Voici les indications générales données par M. Chevalier :

On fait évaporer les eaux (au moins 10 litres) à siccité, puis on traite le résidu par l'acide sulfurique à l'aide de la chaleur pour détruire les matières organiques. Le produit sulfurique, traité par l'eau, est introduit, après filtration, dans l'appareil de Marsh simple, lorsqu'on ne veut recueillir que des taches; dans un appareil de Marsh à tubes, lorsqu'on veut obtenir un anneau arsenical.

Pour la carbonisation, M. Filhol préfère l'emploi de l'acide azotique additionné de quelques gouttes d'acide sulfurique, et dans tous les cas recommande d'opérer à couvert, afin de ne pas laisser volatiliser une partie de l'arsenic.

Pour le dosage de l'arsenic, voici le procédé suivi par M. Lassaigne pour les eaux de Bussang, et applicable aux autres eaux : 2 litres et demi d'eau ont été évaporés ; le résidu pesait 4 gr. 800 ; par conséquent 1 litre d'eau de Bussang en fournit 1 gr. 092.

Les 4 gr. 800 de résidu ont été dissous dans l'acide sulfurique pur, et étendus d'eau distillée, et la dissolution, y compris le résidu, a été introduite dans un flacon contenant du zinc, de l'eau et de l'acide sulfurique ; le gaz qui s'est dégagé a été forcé de traverser une solution concentrée d'azotate d'argent.

Au bout d'une heure et demie de dégagement, à l'abri de la lumière, le solutum était légèrement noirci, et a laissé précipiter quelques flocons noirâtres d'argent, qui ont été recueillis par décantation, lavés et séchés dans une capsule tarée ; ce précipité d'argent pesait 0 gr. 009, il représentait 0 gr. 0015 d'acide arsénique; par conséquent dans 2 litres et demi d'eau de Bussang examinée, il y avait :

Eau...........	2,500 gramm. 0000	ou $\frac{3}{5,000,000}$
Acide arsénique..	0 gramm. 0015	

Voici maintenant la liste des eaux minérales arsenicales connues :

1° *Eaux minérales arsenicales françaises*. Eau ferrugineuse de Bagnères de Bigorre (Pyrénées), de Casséjouls (Aveyron), de Cayla (dito), de Villecelle (Hérault), de Rueffi (Ariège), de Sainte-Quitterie de Tarascon (dito), d'Aulus (dito), de Sainte-Madeleine de Flourens (Haute-Garonne), de Doulaux (Creuse), de Pougues (Nièvre), de Château-Gonthier (Mayenne), de Bussàng (Vosges), de Cransac (Aveyron), de L'Epervière (Maine-et-Loire), de Martigné-Briand (dito), de Lorry (Moselle), de Fenu, de Royat (Puy-de-Dôme), de Saint-Mars (dito), de Jaude (dito), d'Hermonville (Marne), de Vichy (Allier), d'Hauterive (dito), de Cusset (dito), de Châteldon (Puy-de-Dôme), de Plombières (Vosges), de Bourbon-les-Bains (Haute-Marne), de Chatenois, de Soultzbach, de Soultzmatt, de Wattveiller, de Niéderbronn.

2° *Eaux minérales arsenicales étrangères.*—Eau de Griesbach,

de Rippoldsau, de Rothenfelds, de Cannstadt, de Wiesbaden, de Schwalbach, d'Ems, de Pyrmont, de Lamschied, de Brohl, de Ragoczy, de Pandour, de Bruckenau, de Spa. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAU FAIT D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL PRATIQUÉ AVEC SUCCÈS.

C'est en France qu'on a résisté le plus longtemps à la pensée de provoquer prématurément la parturition, dans les cas d'étroitesse du bassin. Interrompre le cours de la vie intra-utérine nous apparaissait comme un acte antisocial propre à ouvrir la voie à des tentatives contraires au droit et à la morale; telle fut l'opinion de Baudelocque, et quand on connaît toute l'autorité attachée à ses doctrines, on ne s'étonne plus que les accoucheurs français aient repoussé longtemps les lumières répandues sur ce sujet, en Allemagne et en Angleterre, depuis le commencement du siècle.

Dans le savant ouvrage récemment publié par Jacquemier, il est dit (t. II, p. 447), que la chirurgie française ne compte encore que neuf exemples d'accouchements prématurés artificiels; cinq appartiennent à M. Stoltz, de Strasbourg. J'y joindrai le suivant :

Mme de ***, enceinte de sept mois, d'après le calcul probable, est le sujet de l'observation. Cette dame était née avec une luxation congéniale du fémur. Les moyens orthopédiques, tardivement employés, n'avaient point abouti à la réduction, et son développement s'était accompli avec une inégalité notable entre les fémurs et les os coxaux. Telle était l'origine de la difformité du bassin.

Une mensuration exacte donna la conviction que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur avait moins de trois pouces (77 millimèt.). Cette assertion, émise par le docteur Nichet, avant le mariage de cette dame, avait fait douter qu'elle pût le contracter sans danger; mais la pensée qu'on pouvait recourir à l'accouchement artificiel prématuré, et diverses raisons d'un autre ordre en ayant décidé autrement, je fus appelé, à l'époque de la grossesse, à apprécier de nouveau l'étendue de la cavité pelvienne et les chances d'un accouchement à terme.

La gestation était alors à son sixième mois. La hanche droite, de plus d'un pouce au-dessous du niveau de l'autre, révélait l'exiguité de son étendue; le ventre, plus volumineux qu'il n'est d'ordinaire à cette époque, semblait chassé hors du bassin; celui-ci, dans son ensemble, apparaissait comme un bassin d'enfant. Le diamètre sacro-

pubien, mesuré avec le compas d'épaisseur, et ensuite avec le doigt indicateur porté à travers le canal vulvo-utérin, de la symphise pubienne à l'angle du sacrum, nous confirma dans l'opinion déjà émise sur l'étroitesse et sur la direction oblique de ce diamètre. Je me décidai donc à provoquer l'accouchement dès que le moment convenable serait arrivé.

Pour choisir ce moment, je fixai l'époque approximative de la grossesse à deux semaines antérieures à la première suppression de règles. Comptant de là sept mois accomplis, et ajoutant dix jours en plus pour nous mettre à l'abri d'erreur, et donner au fœtus le temps d'atteindre toute sa viabilité, je fixai le 6 juillet pour le jour de l'opération; elle fut pratiquée de la manière suivante : la jeune dame étant couchée sur un lit de repos, je m'assurai par le toucher que l'enfant se présentait par la tête; le col utérin, très-effacé, me parut peu propre à retenir un morceau d'éponge préparée, et je me décidai à percer le sac amniotique.

Le docteur Colcrat, qui voulut bien me servir d'aide, appuya sur le fond de l'utérus pour pousser l'orifice utérin en bas et en avant, et le mettre ainsi mieux à ma portée. J'y glissai, sur le doigt indicateur de la main droite, une sonde recourbée, percée au bout et armée d'un mandrin ; ayant reconnu les membranes à la sensation de rénitence, je les perçai en poussant le mandrin en avant; quelques gouttes d'eau s'écoulèrent, je retirai l'instrument, la manœuvre s'était accomplie sans douleur.

Pendant le jour tout entier, les eaux s'écoulèrent lentement ; la nuit fut agitée et sans sommeil; le lendemain à neuf heures, vingt-quatre heures après la ponction des membranes, quelques légères douleurs se firent sentir ; le pouls est plein, comme celui du travail de la parturition. A midi, les douleurs sont plus vives, la tête de l'enfant descend un peu dans l'excavation, poussant la matrice devant elle. A ce moment la dilatation du col équivaut à la largeur d'un centime. De quatre heures du soir à six heures, les contractions utérines sont expulsives, la dilatation est complète, les parties extérieures résistent peu ; à sept heures, la dame accouche, trente-quatre heures après la ponction.

L'enfant, au moment de la naissance, parut avoir souffert des étreintes de la parturition; la tête était petite, le diamètre bi-pariétal avait deux pouces neuf lignes, le diamètre occipito-frontal trois pouces dix lignes.

La tête ayant pu s'engager sans effort à travers le détroit supérieur, la compression n'a pu venir que des parties molles. Cependant il a fallu, pour établir la respiration, insuffler l'air dans les poumons,

frictionner vivement l'enfant à la surface de la peau, à la plante des pieds, l'immerger dans un bain chaud, lui introduire dans les narines, entre les paupières, une liqueur irritante. A la suite de ces soins multipliés, il s'anima, poussa enfin quelques cris, et nous le laissâmes environné des précautions qu'on a soin de prendre pour les enfants faibles.

Les phénomènes de la puerpéralité se développèrent d'une manière tout à fait normale, et quinze jours après son accouchement, Mme *** retournait à la campagne, sa résidence ordinaire.

Cette observation nous a inspiré les réflexions suivantes, qui peuvent avoir, au point de vue pratique, leur utilité.—Chez Mme ***, l'accouchement, provoqué par la perforation de l'amnios, a été comme un accouchement naturel, régulier dans les phénomènes de l'ascension du lait, exempt de tout symptôme d'irritation utérine ou péritonéale. —La mensuration du bassin, au moyen du pelvimètre et par le toucher vaginal, ne donne point une connaissance parfaitement exacte de l'étendue des diamètres pelviens. Aussi, en reportant le volume de la tête aux dimensions calculées du diamètre sacro-pubien, nous avons dû nous étonner qu'elle ait pu descendre aussi facilement dans l'excavation.

— Lorsqu'on est en présence d'une femme, chez laquelle une première parturition n'a pu s'accomplir sans que l'enfant y perdît la vie, lorsqu'il est venu avec une profonde dépression au crâne, occasionnée par l'angle sacro-vertébral ; quand il a fallu l'obtenir par une extraction violente au moyen du forceps, ou par la crâniotomie, on trouve, dans ces fâcheuses circonstances, des preuves irrécusables de la nécessité de provoquer l'accouchement avant terme. En face d'une femme primipare, cette sanction des faits manquera toujours à la conduite de l'art.

— Dans la même circonstance, on doit s'attendre, chez une primipare, à l'écoulement à peu près complet des eaux avant que les contractions utérines ne deviennent expulsives. De là un accouchement long, une compression d'autant plus fâcheuse sur le fœtus, que les os du crâne, au septième mois, sont de nature à y céder davantage. De là cet état presque apoplectique, dans lequel se trouve le nouveau-né, comme on l'a vu dans le sujet de cette observation.

— Le choix d'une méthode opératoire n'est pas indifférent.

—L'introduction de l'éponge, sa présence dans la cavité du col, l'appareil nécessaire pour la maintenir en place, sont des causes d'irritation. Par là on s'expose à la métrite consécutive, surtout si la femme est primipare et si l'organe doit résister longtemps à la provocation; chez une femme qu'un ou plusieurs accouchements antécédents auraient

disposée à un travail plus facile, nous aurions préféré l'éponge à la ponction. Il est à croire que cette dernière méthode aurait le double avantage que nous recherchons, développer le col utérin sans produire d'irritation, conserver les eaux de l'amnios jusqu'à l'instant le plus voisin de l'accomplissement de l'acte; de sorte que l'enfant soustrait à la compression de l'utérus, à celle de l'anneau vulvaire et périnéal, naîtrait à l'abri de cette congestion sanguine qui compromet sa vie quand elle s'unit à la faiblesse radicale du septième mois de la gestation.

Richard (de Nancy),
Ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Encore un mot sur la constitution médicale actuelle. — Tout en mettant en relief, dans notre dernière livraison, la disposition diarrhéique qui semble caractériser la constitution médicale qui règne en ce moment, nous n'avons pas voulu faire mention de quelques cas de choléra observés à Paris et dans ses environs, afin de ne pas éveiller de craintes qui ne seraient nullement fondées. Ce sont des cas de choléra sporadique, comme on en observe chaque année, à l'époque où nous nous trouvons.

Nous avons été témoin de l'un d'eux à l'hôpital de la Charité, et quoiqu'il ait été assez intense pour avoir amené le refroidissement de tout le corps, la petitesse du pouls et des crampes très-intenses, tous ces accidents ont cédé rapidement aux moyens ordinaires; et quelques jours après, cet homme sortait de l'hôpital pour reprendre immédiatement ses occupations habituelles : il est garçon de café.

Depuis on a annoncé qu'un cas de choléra observé à l'Hôtel-Dieu de Paris s'était terminé par la mort en douze heures.

Voici sur ce fait, inexactement rapporté, des renseignements précis. Un cordonnier, d'une cinquantaine d'années, fut apporté à l'Hôtel-Dieu presque mourant, les extrémités froides et cyanosées. Des détails fort incomplets qu'il a pu donner sur ses antécédents, il résultait qu'il était malade depuis quatre jours, et que des vomissements et des évacuations alvines étaient survenues peu de temps après l'ingestion d'une certaine quantité d'eau froide qu'il avait prise, le corps étant en sueur. Pendant son séjour à l'hôpital, cet homme eut un seul vomissement de matières muqueuses et des évacuations répétées involontaires de matières qui jusqu'à la fin furent brunes, rougeâtres, colorées par la bile et peut-être par un peu de sang; elles n'ont, à aucune époque, présenté les caractères des selles cholériques. Le malade avait paru

se réchauffer vers la fin du premier jour ; cependant cette amélioration ne s'étant pas soutenue, il s'éteignit après quarante-huit heures, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie. L'autopsie montra, en outre, dans toute l'étendue du tube digestif, un boursouflement avec congestion considérable de la muqueuse qui, surtout vers la fin du gros intestin, présentait une teinte violacée très-foncée. C'est à peine s'il existait deux ou trois follicules dont le volume fût augmenté.

Ce cas n'a donc présenté ni les caractères, ni la marche, ni le mode de terminaison du choléra asiatique.

Fièvre intermittente dyssentérique. — Il est un autre caractère de la constitution médicale actuelle qu'il importe de signaler : c'est la tendance des maladies à revêtir une forme périodique intermittente. Notre correspondance nous prouve que ce caractère morbide n'est point particulier à la capitale seulement, mais se manifeste encore dans beaucoup d'autres points de la France. Il n'y a dans ce fait rien de bien extraordinaire encore à l'époque de l'année où nous sommes. Si nous le mentionnons, c'est que l'action de cette influence donne aux maladies une physionomie particulière qu'il n'est pas indifférent de connaître au point de vue de la thérapeutique.

L'exemple le plus remarquable que nous ayons rencontré est celui d'un malade de l'Hôtel-Dieu, atteint d'une fièvre intermittente dyssentérique, maladie que l'on observe rarement à Paris. Cet homme, commissionnaire, âgé de trente-trois ans, se portait très-bien, lorsqu'à la fin du mois dernier, à la suite d'un peu de fatigue, il fut pris le matin, à son réveil, de douleurs lombaires s'irradiant dans le flanc gauche et de là se répandant dans la partie inférieure de l'abdomen ; survinrent en même temps des évacuations alvines répétées et composées de mucosités sanguinolentes. Toute la journée, malgré ces accidents, le madade n'a point manifestement ressenti de fièvre, mais vers le soir un large frisson avec tremblement parut, et fut suivi de sueurs copieuses qui durèrent toute la nuit. Pendant toute cette période fébrile, les phénomènes dyssentériques prirent plus d'intensité.

Le second jour, ainsi que les jours suivants, les mêmes phénomènes se présentèrent et de la même manière : apyrexie le matin, développement de l'accès fébrile le soir, avec une aggravation alternative de deux jours l'un, persistance des symptômes abdominaux diminuant pendant l'apyrexie, puis augmentant d'intensité pendant l'accès. Vers le dixième jour, 9 septembre, voyant que son état ne s'amendait pas, cet homme entre à l'Hôtel-Dieu et sert de sujet d'épreuve clinique pour le concours du Bureau central.

Nous avons assisté à la leçon de M. Davasse, et nous avons vu avec

plaisir notre jeune confrère apprécier avec beaucoup de justesse les éléments divers de la maladie, en bien décrire l'évolution, et, tout en distinguant les deux groupes principaux de symptômes, conclure à une affection unique.

D'une part, l'existence des accès fébriles quotidiens bien déterminés : ces accès ont leurs trois stades réguliers ; le frisson est large, avec tremblement des membres, horripilation de la peau ; il est suivi de chaleur avec brisement général ; enfin, la sueur se déclare très-intense et prolongée. Ces accès viennent tous les jours vers quatre ou cinq heures et se terminent dans la nuit. Ils se correspondent de manière à présenter plus de gravité de deux jours l'un. Dans leur intervalle l'apyrexie est complète. Au moment de la visite, l'hypertrophie de la rate fut constatée par la percussion, la teinte terne de la peau notée, la concentration du pouls appréciée (l'examen avait lieu à l'heure pendant laquelle commençait l'invasion de l'accès) ; enfin, la saison prise en considération pour formuler le diagnostic.

Cette première catégorie de symptômes se rapporte évidemment à une fièvre intermittente double tierce.

D'autre part, les symptômes dyssentériques, sur lesquels nous ne reviendrons pas, étaient incontestables.

Devait-on conclure de la présence de ces deux catégories de symptômes, qu'il existait simultanément chez ce malade deux maladies essentielles, marchant simultanément? Évidemment non. Si la fièvre intermittente présentait ses symptômes et sa marche habituels, il n'en était pas de même de la dyssenterie ; elle avait, dans ce cas, une physionomie toute particulière. A son début, elle s'était montrée sans phénomènes fébriles, et, dans l'intervalle des accès de la fièvre, la rémission était complète, sans chaleur à la peau et sans accélération du pouls. Pendant les dix jours que cet homme est resté chez lui, sans recevoir aucun soin, les accidents dyssentériques n'ont point augmenté d'intensité, et l'on sait que, lorsque cette affection dépasse un septénaire, elle est toujours d'une plus ou moins notable gravité.

Pour nous résumer : une apyrexie complète dans l'intervalle des accès franchement intermittents, une aggravation des symptômes abdominaux pendant l'accès, une marche uniforme, sans amendement ni aggravation, depuis le début ; enfin une certaine bénignité, qui n'est nullement en rapport avec la durée de l'affection, puisque le malade peut rester une partie de la journée levé, toutes ces circonstances prouvent bien que l'affection dyssentérique était, dans ce cas, modifiée d'une manière particulière. On ne trouve, dans ce cas, ni la marche, ni le type qui appartiennent à aucune forme de la dyssenterie essentielle, et l'af-

fection intestinale était, chez ce malade, symptomatique de la fièvre intermittente ; à moins que l'on n'admette que la dyssenterie, frappée du cachet épidémique, n'était elle-même qu'une dyssenterie rémittente ou intermittente.

Dans les deux manières de voir, la forme morbide domine la question ; et dans ce cas, comme dans tous ceux qui lui ressemblent, l'indication principale est de combattre d'abord l'affection intermittente. Le traitement est venu confirmer cette opinion. M. Husson, dans le service duquel ce malade avait été placé, en donnant le sulfate de quinine, pendant quatre jours, à la dose de 60 centigrammes, a fait justice de tous ces accidents, et le malade est sorti complétement guéri le 20 de ce mois.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENTS *par les fesses* (*De la contusion du scrotum dans les*) *considérée comme l'une des causes du danger de ces accouchements.* Un accoucheur hollandais a présenté à la Société de médecine d'Anvers plusieurs observations de contusion du scrotum durant l'accouchement par les fesses, accident auquel il attribue la plus grande mortalité des enfants du sexe masculin à la suite de ces accouchements, et qu'il propose de prévenir par un moyen simple. Sans partager l'opinion de l'auteur sur l'importance qu'il donne à cet accident, nous croyons néanmoins devoir rapporter sommairement les faits qu'il a fait connaître, ainsi que le moyen qu'il indique.

Une jeune femme était en mal d'enfant depuis trois jours, les deux fesses se présentaient en quatrième position. Comme elles étaient déjà profondément engagées, l'accoucheur glissa dans l'aine de l'enfant le doigt indicateur, et aidé de quelques douleurs, il l'amena au dehors. L'enfant était vivant ; le scrotum était fortement tuméfié, d'une couleur plombée et présentait des excoriations en plusieurs points. On fit appliquer des fomentations émollientes. Malgré ces précautions, l'inflammation ayant persisté, l'enfant mourut vers le soir ; le scrotum était noirâtre et menacé de gangrène.

Dans un second cas, entièrement analogue au précédent, et dans lequel l'accouchement fut terminé de la même manière, l'enfant avait les bourses fortement gonflées et irritées. Des fomentations émollientes, aiguisées d'un peu de vin blanc, y furent appliquées. Le lendemain, la gangrène avait envahi tout le scrotum et les autres parties génitales. L'enfant mourut le même jour.

Dans un troisième accouchement de même nature, l'auteur eut recours, pour obvier à un accident semblable, au moyen suivant : il souleva un peu les cuisses de l'enfant pendant l'intervalle des douleurs, repoussa le scrotum au-dessus d'elles, et, pour prévenir une nouvelle procidence pendant les douleurs, il remplit avec de l'ouate l'espace compris entre les cuisses. L'accouchement se termina sans que les bourses présentassent la moindre trace de compression.

Tout en admettant les faits rapportés dans cette note comme une preuve que la contusion du scrotum peut, dans quelques cas, entraîner la mort des enfants, nous croyons que l'auteur a été conduit par la rencontre successive, et probablement toute fortuite, de plusieurs cas de ce genre, suivie d'une terminaison funeste, à exagérer, en les généralisant, les conséquences d'un fait exceptionnel. L'auteur ne dit pas, dans ses observations, quelle a été l'influence de la compression du

cordon dans ces cas ; or, qui ne sait que c'est là la cause la plus réelle et la plus fréquente de mort dans les accouchements par l'extrémité pelvienne ? — Le moyen préconisé par l'auteur, perdant par là un peu de son importance, n'en est pas moins bon à recommander aux praticiens, ne fût-ce que pour prévenir l'ecchymose des bourses qui inspire toujours de l'inquiétude aux parents. (*Annales de la Soc. médic. d'Anvers*, août 1848.)

ACÉTATE DE PLOMB (*Bons effets de l'*) *à l'intérieur dans les hémoptysies et dans quelques affections du cœur*). Les thérapeutistes sont encore loin d'être fixés sur les propriétés médicales de l'acétate de plomb employé à l'intérieur. Tandis que, dans la plupart de nos traités de thérapeutique, on ne le signale que comme un médicament dangereux ou sans effet, les médecins italiens le préconisent, au contraire, comme un des hyposthénisants les plus puissants et des plus utiles, spécialement dans les irritations chroniques du cœur et l'artérite. Nous devons moins nous préoccuper ici d'examiner jusqu'à quel point la théorie sur la manière d'agir de cet agent est fondée, que d'enregistrer avec soin les faits qui peuvent témoigner en faveur de son efficacité dans tel ou tel ordre de maladies.

Dans un travail publié l'année dernière, M. le docteur Salgues, de Dijon, a rapporté une série d'observations de palpitations anciennes du cœur par lui attribuées à une irritation spinale, et qui auraient été très-promptement guéries par l'usage interne de l'acétate de plomb, à la dose de 10 à 40 centigrammes. Il aurait, assure-t-il, obtenu d'aussi heureux résultats dans plusieurs cas d'endocardite, et enfin dans un cas de méningite rachidienne.

Voici un fait plus récemment observé par M. le docteur Vandezande, et qui, en confirmant quelques observations précédemment faites dans de pareilles circonstances, élargirait en quelque sorte le cercle des indications de l'emploi de ce médicament. Il s'agit d'un cas d'hémoptysie grave, avec hypertrophie du cœur.

Une femme de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin, bien réglée, avait déjà éprouvé deux légères hémoptysies. Deux de ses sœurs ont succombé à la même affection ; sa mère est morte des suites d'une pneumonie aiguë ; son père a été frappé d'apoplexie cérébrale. Un frère et une sœur qui lui restent, offrent tous les signes d'une affection organique du cœur. Cette femme, en faisant un trajet d'une demi-lieue, d'un pas assez accéléré, fut prise subitement de dyspnée, et d'un crachement de sang si abondant, qu'elle ne tarda pas à se trouver dans un état voisin de l'anémie. Appelé au moment même de l'accident, M. Vandezande trouva le pouls petit, fréquent, un peu irrégulier, la face pâle, bleuâtre, les battements du cœur peu forts, mais tumultueux. Son premier soin fut d'ordonner le repos et le silence absolu, des boissons froides et des révulsifs sur les extrémités inférieures. Le lendemain, nouvelle hémoptysie, mais moins abondante; battements du cœur s'entendant dans toute l'étendue de la poitrine. Les forces de la malade ne permettant pas de recourir aux saignées générales, on prescrivit l'acétate de plomb à la dose de 3 grains, associés à 6 grains de jusquiame, en pilules, à prendre dans les 24 heures.

Sous l'influence de ce médicament, il y eut une amélioration rapide : dès le lendemain, la malade n'expectorait plus que des crachats sanguinolents.

La même prescription fut continuée, avec augmentation d'un grain d'acétate de plomb, puis à la dose de 4 grains, pendant cinq jours, après lesquels on diminua la dose au fur et à mesure que l'amélioration se prononçait davantage.

Après cinq semaines de cette médication, la dyspnée avait presque entièrement cessé, l'expectoration était presque nulle, et les battements du cœur avaient perdu leur violence et récupéré leur régularité. Cette femme a pu depuis se livrer à ses occupations habituelles, sans éprouver de nouveaux accidents.

Ce fait est l'un des plus remarquables que nous connaissions, sous ce rapport, et il est de nature à encourager dans l'emploi du moyen en question. (*Annales de la Soc. méd. d'émul. de la Flandre occid.*, août 1848.)

ANGINE. *De son traitement par la médication substitutive, et en particulier par un gargarisme sinapisé.* Ce traitement, bien connu dans quelques parties de la France, et dont les médecins n'avaient pas en-

core constaté la valeur, a été mis en usage, avec succès, par un chirurgien de la marine française, M. Fleury, qui a traité ainsi un très-grand nombre de marins. Voici en quoi il consiste : il fait envelopper le cou, jusqu'aux oreilles, d'une cravate de laine; plus la laine est grossière, plus l'effet dérivatif continu que l'on en obtient est profond et intense; en même temps il prescrit un gargarisme préparé comme suit:

Moutarde commune (*sinapis nigra*).............	25 grammes.
Chlorure de sodium (*sel de cuisine*)...........	5 grammes.
Vinaigre ordinaire.......	10 grammes.
Eau chaude ou froide....	192 grammes.

Filtrez.

Il faut toujours goûter ce mélange, en augmenter ou en diminuer la force, suivant les circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'état social, etc. On doit se gargariser sept ou huit fois par jour, et deux ou trois fois pendant la nuit. M. Fleury a prescrit ce traitement dans 128 cas: 58 angines simples, 13 angines diphtéritiques, 4 avec abcès, 29 avec embarras gastrique, 8 avec céphalalgie, 6 avec bronchite et enrouement, 5 liées à l'œdème. Pour les *angines simples*, quelle que soit leur intensité ou leur étendue, M. Fleury prescrit soupe, limonade tartarique, rarement l'ipécacuanha, cravate attractive, pédiluve d'eau de mer, quelques lavements d'eau de mer, fumer ou chiquer avec sobriété, gargarisme sinapisé huit ou dix fois en vingt-quatre heures. Pour l'*angine gutturale avec stomatite*, même prescription; exéat après quarante-huit heures, souvent après vingt-quatre. Pour les *angines très-intenses*, *avec abcès*, même prescription, ouvrir les abcès; exéat après quatre ou cinq jours. Pour les *angines* avec fausses membranes, même prescription, toucher deux fois par jour avec miel et acide chlorhydrique ou nitrate d'argent cristallisé, ou sulfate d'alumine et de potasse, en poudre insufflée; quelquefois ipécacuanha et sulfate de soude; exéat après une moyenne de quatre jours. Dans les *angines avec céphalalgie*, bouillon, limonade tartarique, saignée de 450 à 500 grammes, gargarisme substitutif, sulfate de soude, quelquefois eau sucrée émétisée; exéat après soixant-douze heures. Dans les *angines avec embarras gastro-intestinal* ou *avec rhume et irritation laryngée*, même traitement, plus ipécacuanha, 12 ou 14 décigrammes; exéat après quarante-huit ou soixante-douze heures en moyenne. Les *angines œdémateuses* sont celles qui résistent le plus longtemps au traitement; il est nécessaire de revenir à plusieurs reprises à l'ipécacuanha, et au sulfate de soude; guérison en cinq ou six jours. (*Thèses de Montpellier.*)

ÉVOLUTION *spontanée du fœtus, indication de l'emploi du chloroforme.* M. le docteur Edouard Vandezande fut appelé auprès d'une femme enceinte pour la quatrième fois. Elle se disait à terme et dans les douleurs depuis vingt-quatre heures. La poche des eaux était rompue la veille, à huit heures du soir, et la sortie du bras avait eu lieu immédiatement après. Cette femme était assistée d'une matrone qui, voyant des douleurs très-fortes, crut pouvoir terminer l'accouchement en faisant des tractions sur le bras sorti.

A l'arrivée du médecin, les contractions utérines étaient énergiques, et l'utérus fortement contracté sur le fœtus; le bras et l'épaule, tuméfiés et bleuâtres, étaient sortis de la vulve, le bassin complétement rempli par le dos de l'enfant. Il voulut faire quelques tentatives pour faire la version, mais il lui fut de toute impossibilité d'introduire la main dans la matrice. Une saignée, pratiquée dans le but de diminuer l'intensité des contractions utérines, fut sans résultat; les douleurs ne perdirent rien de leur force. Au bout d'une heure, les contractions utérines, n'ayant fait qu'augmenter, avaient amené au dehors une portion du dos du fœtus. Le périnée était fortement distendu par la pression des parties sorties. Les grands efforts d'expulsion que fit la femme, joints aux contractions énergiques de la matrice, firent sortir le fœtus en double. Le périnée, fortement soutenu par la main, n'éprouva pas la moindre déchirure. L'enfant était mort depuis peu de temps; il était petit, et ne paraissait pas à terme. Le bassin de la femme était bien conformé, sans avoir cependant des dimensions extraordinaires.

Voilà un nouvel exemple des ressources que la nature trouve en elle-même, alors que l'art se déclare impuissant. Mais, outre que l'on ne pourrait pas toujours compter sur le bénéfice d'une pareille terminaison, il importe de la prévenir autant que

possible, la mort de l'enfant en étant le résultat nécessaire; on pourrait dire même l'une des conditions. Or, quelle est la difficulté à surmonter dans ce cas? Ce sont les contractions utérines; c'est le retrait permanent de l'utérus, qui rend impossible le refoulement des parties engagées et l'introduction de la main pour opérer la version. Le chloroforme ne rendrait-il pas, dans une pareille circonstance, un grand service en jetant l'utérus dans le relâchement? C'est ce que nous soumettons à l'appréciation des accoucheurs. (*Annales de la Société méd. d'Emul. de la Flandre occidentale*, août 1848.)

FIÈVRE TYPHOIDE. *La méthode de traitement dite évacuante n'enraye point la marche de cette maladie.* Le traitement de la fièvre typhoïde est, on le sait, un de ceux sur lesquels les médecins sont le plus partagés. Le travail de M. Richard nous paraît destiné à éclairer la question de la méthode évacuante. Ce jeune médecin fait connaître dans sa thèse les résultats fournis par l'emploi de cette médication, dans un des grands services des hôpitaux de Paris, celui de M. Briquet, à la Charité. Ses recherches ont porté sur 63 cas de fièvres typhoïdes, dont 41 graves ou très-graves, 22 de moyenne intensité, et dans tous les intermédiaires de l'âge entre dix et quarante ans. Ce que nous voulons noter spécialement, c'est que, contrairement à ce qui avait été avancé par quelques personnes, il résulte de ces nombreuses observations, dans lesquelles l'auteur a suivi avec soin l'influence du traitement sur les principales fonctions, que la méthode dite évacuante n'enraye pas la marche de la fièvre typhoïde; mais que, sous l'influence des évacuants, les symptômes se calment, disparaissent peu à peu, mais en parcourant cependant leurs périodes d'une manière invariable. Dans quelques cas rares, l'amendement s'est produit rapidement; c'est ainsi que l'on a vu disparaître en deux ou trois jours un ensemble de symptômes graves. Mais, dans les cas de ce genre, il ne faut pas considérer la maladie comme guérie, et surtout se garder de suspendre le traitement, sous peine de voir revenir les accidents qui s'étaient si rapidement dissipés. La durée du traitement a été, dans 12 cas, de 1 septénaire au plus; dans 19 cas, de 8 à 12 jours; dans 6, de 12 à 16; dans 7, de 20 à 25; dans 8, de 25 à 30, ou, en moyenne, de 12 à 13 jours. Les purgatifs ont été abandonnés aussitôt que le pouls est revenu au chiffre normal, ou lorsque le nombre des pulsations restant encore élevé, la peau était redevenue fraîche, le ventre souple, la tête libre. La convalescence a rarement dépassé 15 jours. L'efficacité du traitement a varié, suivant qu'il avait été commencé à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie; ainsi, dans les cas où la fièvre typhoïde datait de 15 à 20 jours, il a fallu continuer longtemps les purgatifs avant de voir arriver la convalescence. Le chiffre de la mortalité a été de 9 sur 63, ou de 1 sur 7 malades. Mais, en retranchant 2 cas de mort, dans lesquels il existait un abcès au cerveau et une perforation au cæcum, l'auteur obtient la proportion de 1 sur 9. Ces résultats confirment, on le voit, ce que nous avons dit, il y a longtemps, sur les avantages de cette méthode de traitement. (*Thèses de Paris.*)

GALE (*Sur le traitement de la*) *par les lotions de chlorure de chaux.* Nous avons fait connaître, il y a quelques années, d'après M. Derheins et M. Fantonetti, les bons effets de l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement de la gale (*Bulletin de thérapeutique*, t. III, p. 366). D'après ces médecins, la guérison avait lieu, sous l'influence de ce médicament, du sixième au dixième jour. Ce traitement, malgré son économie et son absence d'odeur, a été cependant abandonné complétement, et a été remplacé par les préparations sulfureuses, dont tout le monde connaît l'odeur désagréable, et l'action destructive sur le linge. Un chirurgien de la marine, M. le docteur Fleury, après avoir essayé la plupart des traitements (la pommade soufrée, qui, entre ses mains, a réclamé vingt-cinq jours de traitement; l'onguent citrin et la poudre de Werlhof, susceptibles de déterminer des accidents; la pommade de Pihorel et les lotions de Dupuytren, qui retiennent les galeux douze ou quinze jours au moins à l'hôpital), a cru devoir reprendre les lotions de chlorure de chaux (30 grammes de chlorure de chaux sec pour 500 grammes d'eau commune). Il affirme que ce moyen est le plus commode, le plus prompt, le moins onéreux qu'on

puisse employer. Il prescrit aux galeux de faire, avec cette solution, huit ou dix lotions par jour, dans tous les points où il y a des boutons de gale, et de se laver en outre cinq ou six fois les mains, les poignets et les avant-bras, en ayant soin de bien remuer le liquide de la solution, de manière à ne pas laisser la chaux au fond du vase; enfin, tous les deux jours, il prescrit un vrai massage au savon, sur tous les points du corps qui sont le siége de la gale. Cette solution chlorurée, toujours un peu irritante, doit être plus ou moins affaiblie, suivant l'âge, le sexe, la constitution, l'état social, la saison et le climat. Il n'est pas rare de voir son action suivie d'une légère irritation vers la peau, ou même du développement d'une éruption phlycténoïde, que la suspension des lotions, et quelques émollients suffisent à faire disparaître. Vingt ou vingt-cinq lotions, et l'espèce de bain savonneux dont il a été parlé plus haut, suffisent, en quarante-huit heures de traitement, à détruire les vésicules cristallines de la gale, et à les remplacer par une cicatrice jaune noirâtre, ayant un peu de ressemblance avec le prurigo déchiré. La gale, dès cette époque, peut être considérée comme guérie; mais, par prudence, on peut continuer ces moyens pendant deux ou trois jours.

(*Thèses de Montpellier.*)

MÉTRORRHAGIE *de nature sthénique* (*Efficacité des bains tièdes dans la*). Il est des hémorrhagies utérines qui résistent avec une désespérante opiniâtreté, pendant des semaines et des mois, aux antiphlogistiques, aux révulsifs, au froid *intus* et *extra*, ainsi qu'à tous les agents perturbateurs, astringents, toniques, etc. Ces hémorrhagies, dont il n'est possible de trouver la source dans aucune lésion organique matérielle, cèdent parfaitement à l'action beaucoup plus simple des bains tièdes. Cette circonstance seule paraîtrait justifier les anciens auteurs qui admettaient des hémorrhagies utérines purement spasmodiques. On ne saurait méconnaître, en effet, qu'il est certains états nerveux généraux plus faciles à constater qu'à définir, qui semblent tenir sous leur dépendance les fonctions utérines et les maladies de l'appareil sexuel de la femme. Mais à quels caractères reconnaît-on les hémorrhagies qui ont cette origine? C'est là une des innombrables difficultés de la pratique, que l'on n'arrive souvent à surmonter que par la voie des essais et des tâtonnements.

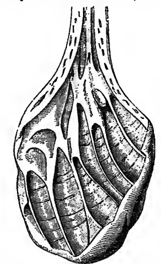
Les faits suivants, rapportés par M. le docteur Salgues, de Dijon, nous ont paru avoir, sous ce rapport, un intérêt pratique qui leur donne droit à figurer dans ces colonnes.

Obs. I. Une jeune femme, à la suite d'une vive frayeur, avait ressenti des douleurs dans l'hypogastre, avec léger sentiment de chaleur dans la région utérine. Deux jours après, le sang coule abondamment par le vagin, sous l'influence d'un *molimen* utérin très-prononcé. Le pouls est à 80, plein et dur. Trois saignées de 3 palettes chacune sont successivement pratiquées au milieu du repos le plus absolu. L'hémorrhagie persévère toujours avec la même abondance. Quatrième saignée sans plus de résultat. L'hémorrhagie, au contraire, augmente; on a recours au nitre, aux boissons acidulées, à la digitale, aux lavements vinaigrés, sans succès. On n'est pas plus heureux avec le seigle ergoté, l'extrait de ratanhia, la glace, le sulfate de fer, etc. L'opium seul modère un peu l'écoulement. M. Salgues prescrit alors un grand bain tiède, qui produit les meilleurs résultats; cinq autres bains pareils, administrés successivement, achevèrent la guérison.

Obs. II. Une autre femme de quarante ans, quinze jours après une chute, est prise d'une métrorrhagie dont les caractères étaient évidemment sthéniques. Trois fortes saignées, suivies de l'administration des astringents les plus énergiques, et le repos prolongé, n'arrêtèrent en rien la métrorrhagie. Le toucher démontre une antéversion. On ramène l'utérus presque dans sa direction normale; mais la perte n'en subit aucune influence. La malade est plongée dans un bain tiède; elle en prend deux chaque jour, y restant immergée pendant deux heures chaque fois; l'hémorrhagie ne tarde pas à diminuer, puis à se suspendre définitivement. (*Rev. méd. de Dijon*, août 1848.)

POLYPE UTÉRIN (*Sur une nouvelle espèce de*) *et sur son traitement*. La plupart des auteurs qui ont écrit sur les polypes utérins n'en ont cité que trois espèces : les polypes *fibreux*, *muqueux*, et *vasculaires*. Le docteur Oldham appelle l'attention sur une forme de polype qui se rapproche à

quelques égards de ces derniers, et qui n'a pas été décrite encore. Il lui donne le nom de *polype canaliculé du col utérin*, parce que l'intérieur en est creusé de nombreux canaux qui communiquent entre eux, et s'ouvrent, par de larges orifices, à la surface libre de la tumeur. Il ne faut pas confondre ces polypes avec ces collections de végétations pédiculées, qui naissent sur le col de l'utérus: ce sont des polypes solides et uniques, avec de nombreux orifices ouverts à l'extérieur. Les deux planches ci-jointes en donnent une bonne idée. L'une représente l'intérieur du polype, l'autre les ouvertures qui se remarquent à la face libre. Dans le cas qui a passé sous les yeux du docteur Oldham, il s'agit d'une dame de trente-trois ans, qui, quelques semaines après son mariage, fut prise d'une violente hémorrhagie, qui dura plusieurs jours. Plus tard elle eut une fausse couche au sixième mois de sa grossesse. Depuis, elle avait eu plusieurs hémorrhagies utérines, et un second avortement aussi au sixième mois; elle était réduite à un état d'anémie très-avancée. En l'examinant, on découvrit un polype qui naissait de l'intérieur du col, et qui venait faire saillie au travers de la vulve. Il avait à peu près le volume qui est représenté dans les figures. Il était d'un rose pâle, assez lisse, insensible au toucher et compressible. A sa surface se distinguaient plusieurs orifices valvulaires, dont un était déchiré, et fournissait une certaine quantité de mucus transparent. Le polype ne fournissait pas de sang, bien que tout portât à croire que l'hémorrhagie s'était faite à sa surface. En effet, lorsque l'auteur l'eut excisé avec des ciseaux courbes, opération qui ne présenta aucune difficulté, et ne fut suivie d'aucun accident, il reconnut que, à la surface divisée du pédicule, il y avait plusieurs petits orifices vasculaires. La surface externe du pédicule offrait des espèces d'anneaux concentriques, un peu plus saillants que le reste, et criblés de petites ouvertures, par lesquelles on pouvait faire sourdre le sang; les orifices valvulaires s'ouvraient dans l'intérieur du polype, et se dilataient en forme de canaux, tapissés par une membrane mince et rugueuse, canaux qui se renflaient et se ramifiaient dans la tumeur, et se terminaient tous par une espèce de cul-de-sac. Les parois de ces canaux étaient vasculaires, et plusieurs d'entre eux renfermaient une certaine quantité de mucus. — On voit, par ce qui précède, que l'excision est la méthode la plus sûre dans le traitement de cette espèce particulière de polypes. Reste à savoir s'il ne conviendrait pas d'y joindre la cautérisation, comme un moyen de s'opposer à des hémorrhagies qui pourraient être redoutables.





TARTRE STIBIÉ (*Accidents graves produits par l'administration de 10 centigrammes de*). En thérapeutique,

l'un des points les plus difficiles, c'est la détermination des indications. Cette détermination repose, non-seulement sur l'examen attentif de l'état actuel, mais encore sur la connaissance des antécédents. Il n'est pas non plus indifférent, quoi qu'en disent certaines personnes, de donner la dose maximum d'un médicament, quand on peut obtenir l'effet désiré avec une dose moindre: l'observation suivante en fait foi. Une jeune femme de vingt-cinq ans, d'une santé assez délicate et d'un tempérament nerveux, sujette à des accidents hystériques, éprouvait depuis quelques jours des nausées, des vomissements, de l'amertume à la bouche, et des troubles dans les digestions. Elle consulta un médecin qui, sur sa demande, lui administra comme vomitif (2 grains) 10 centigrammes de tartre stibié. Elle prit cette dose, qui n'avait en apparence rien d'exagéré, dans deux onces d'eau environ; bientôt après ayant bu en abondance de l'eau miellée, les vomissements commencèrent; ils continuèrent pendant une demi-heure, sans qu'on s'en préoccupât beaucoup, mais bientôt les vomissements devinrent de plus en plus fréquents, l'ingestion de la moindre quantité d'eau les reproduisait, et ils étaient accompagnés d'une anxiété et d'un malaise universel, de contractions musculaires spasmodiques, de sueurs froides et de douleurs telles, qu'elles arrachaient à la malade des cris aigus. On attendit encore quelques instants, pensant que les accidents qui tenaient à une sensibilité spéciale ne tarderaient pas à se calmer; tout au contraire, ils allaient en augmentant: vomissements incessants, gonflement violacé de la face et du cou, yeux saillants, cris furieux, impossibilité de parler; après chaque accès, qui durait environ deux minutes, la malade retombait dans l'affaissement; mais il lui restait une ardeur brûlante le long de l œsophage, et une soif ardente qu'il lui était impossible d'étancher; car l'ingestion de quelques gouttes d'eau ramenait immédiatement les accès. La potion antiémétique de Rasière, les agents antispasmodiques administrés par le rectum, une application de sangsues autour du cou, assez incomplète à cause des mouvements violents auxquels se livrait la malade, l'immersion des mains dans l'eau froide: tous ces moyens furent complètement sans efficacité, et les accidents duraient presque sans interruption depuis cinquante-quatre heures, lorsque M. Lombardini eut l'idée de lui faire sucer des morceaux de glace. L'effet fut merveilleux: les accidents se calmèrent comme par enchantement; en dix ou douze heures, elle eut épuisé douze ou treize livres de glace. Le lendemain elle peut déjà prendre quelques aliments, malgré un peu d'embarras vers la gorge, et la malade rendit plusieurs jours des débris comme gangréneux de la muqueuse. La guérison a été parfaite.— Cette observation soulève une première difficulté à laquelle il importe de répondre: N'est-il pas possible que la malade ait pris autre chose que du tartre stibié? La persistance des vomissements semblerait l'indiquer; mais, d'autre part, la nature probablement hystérique de la plupart des phénomènes éprouvés par cette malade, la rapidité avec laquelle ils se sont calmés sous l'influence de la glace, ne peuvent laisser croire à l'ingestion d'aucun autre poison, et en particulier de l'arsenic. M. Lombardini a répondu à cette objection, en rapportant un autre fait qui lui a été communiqué par un de ses confrères, et dans lequel la même dose de tartre stibié a été suivie également d'accidents fort graves, avec accès spasmodiques, chez un homme de quarante-sept ans. Nous le répétons en terminant: la dose du médicament ne doit jamais être forcée sans indication précise, et puisque l'on cherchait seulement l'effet vomitif, on l'eût obtenu avec moins d'inconvénients par l'ipécacuanha seul ou associé au tartro-stibié. (*Giornale della R. Acad. medico-chirurgica di Torino*, août 1848.)

VIPÈRES (*Morsures des*). *Moyens de prévenir l'absorption du virus après la cautérisation de la plaie, et de combattre l'engorgement consécutif du membre*. Les morsures de vipère sont parfois tellement graves qu'on ne saurait, toutes les fois que l'occasion s'en présente, apporter trop d'empressement à faire connaître les faits nouveaux qui peuvent jeter quelques lumières sur l'origine et la nature des terribles accidents qu'elles entraînent, et sur la thérapeutique qu'il convient de leur opposer. Dans une séance de la Société médicale d'émulation de Lyon, un

médecin qui a habité longtemps une contrée où les vipères sont très-communes et très-dangereuses, M. le docteur Gromin, rappelait avoir été témoin de deux morsures faites, l'une, chez un homme dans la force de l'âge; l'autre, chez une jeune bergère, forte et vigoureuse. Dans le premier cas, grâce aux secours prompts et efficaces qui furent apportés, et qui consistèrent à cautériser la plaie, préalablement agrandie, avec quelques gouttes d'alcali volatil, et à entourer le membre avec des compresses imbibées de ce liquide étendu d'eau, les accidents furent conjurés. Mais, dans le second cas, faute d'aucun soin immédiat, l'enflure augmenta rapidement, et le lendemain, lorsque la malade vint réclamer les secours de l'art, l'enflure avait envahi tout un côté du corps, et la mort arriva peu après.

De pareils faits mettent hors de doute, à la fois, l'extrême gravité de ces morsures et l'efficacité des ressources de l'art. Mais il s'en faut que ce soit là tout ce qu'il importe aux praticiens de connaître à cet égard. A quel moment commence l'absorption? Combien de temps peut-elle se prolonger, soit que l'on n'ait point cautérisé la plaie, soit même que la plaie ait été cautérisée? enfin quels sont les moyens les plus efficaces d'arrêter cette absorption et d'en prévenir les effets? Telles sont les questions que M. Miquel, d'Amboise, a cherché à résoudre dans un travail dont nous allons faire connaître les principaux résultats.

La rapidité de l'absorption ne peut pas être mise en question; mais ce qui pouvait être l'objet d'un doute, et ce que démontre le fait suivant, choisi entre autres parmi ceux que rapporte M. Miquel, c'est que l'absorption se fait encore, non pas de la plaie, quand elle a été cautérisée, mais de l'espace compris entre elle et le cœur; qu'elle dure plusieurs jours après l'accident; que quand on peut la diminuer, ou même l'interrompre momentanément, les accidents diminuent en proportion, pour cesser aussitôt qu'elle cesse. De là une indication qui se présente d'elle-même, et sur laquelle M. Bretonneau a appelé l'attention des praticiens, savoir : une fois qu'on a lavé et cautérisé convenablement les plaies, d'établir une compression entre la morsure et le cœur, jusqu'à ce qu'il y ait lieu de présumer que toute chance de nouveau danger est passée.

Une femme fut mordue à la jambe par une vipère. Il n'y avait que deux heures que l'accident avait eu lieu, lorsque M. Miquel commença à lui donner des soins. Sa jambe était déjà froide et très-enflée; elle avait à chaque instant des vomissements et des défaillances, qui allaient jusqu'à la syncope. Le pouls était petit, irrégulier; la face grippée et pâle. M. Miquel appliqua aussitôt une cravate en garrot autour de la cuisse, débrida et cautérisa la plaie et donna des infusions légères et une potion éthérée. Dès le lendemain matin, tous les accidents généraux étaient calmés; mais le gonflement était considérable dans le membre, il était comme ecchymosé; comme le gonflement avait dépassé la ligature, on l'enleva, pensant que non-seulement elle n'était plus nécessaire, mais qu'elle pourrait bien même devenir nuisible. Deux ou trois heures après, les vomissements et les angoisses de la veille étaient revenus, le gonflement avait marché bien plus vite par en haut, le tronc était envahi. M. Miquel réappliqua la ligature et la laissa deux jours en place; quand il l'ôta, les accidents revinrent encore, mais avec une moindre intensité. Il n'en fut tenu nul compte, et la malade guérit.

On vient de voir quels sont les avantages de la ligature; mais, à côté de ces avantages, elle a des inconvénients qu'il ne faut pas dissimuler, c'est la persistance du gonflement de toute la portion du membre comprise au-dessous de la ligature, longtemps même après que cette ligature a été enlevée. Mais il est un moyen de combattre ce gonflement, qui a constamment réussi entre les mains de M. Miquel, et dont nous recommandons, par conséquent, l'usage en son nom. C'est l'application de vésicatoires volants successivement sur toute l'étendue du membre engorgé. (*Journal de médecine de Lyon* et *Revue médico-chirurgicale*, juillet et août 1848.)

VARIÉTÉS.

On se rappelle qu'il y a quelques années, une polémique des plus ardentes, et dans laquelle les personnes furent plus encore que les sciences mises en jeu, fut soulevée à l'occasion de la publication d'un Relevé statistique du service orthopédique de l'hôpital des Enfants. Les faits, presque tous d'un ordre nouveau dans la science, n'étaient pas de nature à être éclairés par une semblable discussion. M. Guérin, vivement intéressé à ce que la lumière fût faite sur les sujets en contestation, et la vérité connue, provoqua, de la part de l'ancien Conseil d'administration des hôpitaux, une Commission de médecins et de chirurgiens, qui fut chargée de s'enquérir des résultats de sa pratique. Le résultat de cette enquête ne devait pas seulement servir à édifier la religion du Conseil et à rendre justice à M. Guérin, il devait surtout avoir pour conséquence une haute question de science et d'humanité. C'est le résultat de cette enquête, qui vient d'être publié par les soins de la Commission sous le titre de : *Rapport adressé à M. le délégué du gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de M. le docteur Guérin*, à l'hôpital des Enfants, pendant les années 1843, 1844 et 1845, par une Commission composée de MM. Blandin, Paul Dubois, Jobert, Louis, Rayer et Serres. Président, M. Orfila.

Nous ne saurions mieux donner une idée de cet important et volumineux travail, qui n'a pas coûté moins de cinq années d'observations et d'études attentives, qu'en reproduisant les paroles par lesquelles l'un des membres de la Commission, M. Serres, en a résumé les conclusions générales devant l'Académie des sciences, en son nom et celui de son collègue M. Rayer :

« Il y a dix-huit ans environ, l'Académie proposa pour sujet d'un grand prix de chirurgie l'étude et le traitement des difformités du système osseux. Ce vaste sujet, qui jusque-là n'avait donné lieu qu'à quelques travaux partiels, excita l'émulation d'un grand nombre de médecins. En 1837, après trois remises successives du sujet au concours, un ouvrage, aussi remarquable sous le rapport des faits nouveaux qu'il signalait que des vues élevées qu'il introduisait dans la science, fut couronné par l'Académie. Une fois l'impulsion donnée, on vit éclore de tous côtés des travaux d'anatomie, de physiologie et de thérapeutique chirurgicale qui n'avaient pas d'autre objet. On peut dire même sans exagération que la chirurgie fut pendant plusieurs années fortement préoccupée de l'ordre de faits que l'Académie avait mis à l'ordre du jour. C'était, en effet, autant de conséquences pratiques des vues physiologiques qu'elle avait encouragées. Cependant ces conséquences, en raison même de leur nombre et de leur nouveauté, étaient de nature à soulever des doutes dans les esprits. L'Académie n'a pu ignorer à quelle vive polémique ont donné lieu la science et l'art orthopédique. L'expérience seule pouvait prononcer.

« M. le docteur Jules Guérin, dont les travaux et la pratique avaient été mis en cause, le comprit ainsi ; il demanda à l'ancien Conseil général des hôpitaux de nommer une Commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, appartenant aux Académies des sciences et de médecine, qui serait chargée de vérifier expérimentalement les résultats qu'il avait

annoncés. Cette vérification n'a pas duré moins de quatre années. C'est le résultat de ce long et laborieux examen que nous sommes heureux d'apporter à l'Académie. Bien que ce travail n'ait pas été entrepris pour elle ni demandé par elle, plusieurs de ses membres y ont concouru, et l'intérêt général qu'il présente motivera les quelques détails dans lesquels nous croyons pouvoir entrer ici.

«Indépendamment d'un très-grand nombre de faits particuliers qu'elle a eu à enregistrer, la Commission des hôpitaux s'est surtout occupée de l'ensemble des vues, des méthodes et des procédés orthopédiques de M. Jules Guérin. La *théorie de la rétraction musculaire*, la *ténotomie généralisée* pour toutes les difformités produites ou entretenues par le raccourcissement actif des muscles, et la *méthode sous-cutanée*, en tant que système opératoire propre à affranchir les plaies de toute inflammation suppurative, tels sont les trois ordres de faits qu'il importait d'étudier et de contrôler dans leurs moindres détails, parce qu'ils forment comme le trépied de l'orthopédie.

«En ce qui concerne la *théorie de la rétraction musculaire*, M. Jules Guérin a soumis à la Commission une série de cas de difformités occupant toutes les régions du corps humain et présentant une multitude de variétés de déviations, dans lesquelles il était impossible de méconnaître la corrélation des formes et des directions anormales, avec l'action propre ou combinée des muscles rétractés. Nous citerons dans ce genre une série de variétés de *strabisme*, de *torticolis*, de *déviations de la colonne vertébrale, des épaules, des membres supérieurs* et *inférieurs*, *des luxations congénitales du fémur*, *de déviations des genoux*, *des pieds* et *des orteils*, le tout exprimant, dans leur ensemble comme dans leur particulier, la corrélation la plus exacte entre l'action des muscles rétractés et les déformations auxquelles, en se raccourcissant, ils donnent naissance.

«La *ténotomie généralisée* est sortie de cette épreuve expérimentale comme une conséquence naturelle de la théorie dont elle émane. Elle a reçu, dans les nombreuses applications réalisées sous les yeux de la Commission des hôpitaux, un cachet de certitude qui sera désormais ineffaçable. Ainsi la section des différents muscles de l'œil, du cou, de l'épine, de l'épaule, des hanches, des cuisses, des genoux, de la jambe et du pied; de plus, la section des ligaments et aponévroses rétractés, ont tour à tour délié et redressé, sous nos yeux, les cas les plus variés de strabisme, de torticolis, de déviations de l'épine, des genoux, des pieds, des orteils, etc. Tous ces faits sont consignés au rapport dans leurs moindres détails.

«La *méthode sous-cutanée*, dont l'Académie a eu souvent l'occasion d'apprécier l'importance, paraît désormais constituée. Dans aucune des nombreuses opérations qui ont été pratiquées sous les yeux de la Commission, la parfaite innocuité des sections sous-cutanées n'a été mise en défaut. Sections de tendons, sections de masses musculaires, d'aponévroses, de ligaments et même de capsules articulaires; toutes ont été suivies de cicatrisation immédiate, sans apparence d'inflammation suppurative.

Parmi les applications de la méthode sous-cutanée qui avaient provoqué de l'opposition, se trouvent les ponctions d'abcès par congestion. Les cas dont la Commission a été témoin, et qu'elle a suivis avec d'autant plus d'attention et d'intérêt, qu'ils étaient destinés à fixer un point de l'art longtemps controversé, ces cas sont de nature à dissiper tous les doutes sur la complète

innocuité et sur l'utilité parfaitement établie de la méthode sous-cutanée dans ce genre d'affections.

« Nous nous bornons à ces résultats très-généraux. Nous ne ferons que mentionner, après ces trois ordres de faits principaux, d'autres résultats, tels que la formation artificielle de cavités articulaires nouvelles et l'allongement provoqué des os dans les luxations congénitales irréductibles; la guérison de difformités résultant des coarctations de cicatrices par la méthode de déplacement; la guérison de courbures rachitiques par le redressement extemporané; le redressement de cals vicieux rachitiques par la rupture ou la section sous-cutanée du tissu de nouvelle formation; enfin la guérison d'excurvations tuberculeuses, généralement regardée jusque-là comme impossible.

« D'après l'ensemble des faits et des résultats dont nous venons de donner un aperçu, l'Académie verra sans doute avec satisfaction que les applications pratiques des recherches qu'elle avait couronnées en 1837 ne sont pas moins bien établies que les principes physiologiques dont elles émanent. »

Le préfet de la Seine vient de nommer une Commission dans le but d'étudier et de préparer un projet de réorganisation de l'administration des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la ville de Paris. Elle se réunira à l'Hôtel-de-Ville sous sa présidence. Cette Commission est composée de MM. Thierry, délégué du gouvernement près l'administration des hospices, vice-président de la Commission, etc., Buchez, Boulatignier, Mortimer-Ternaux, Lanquetin, Littré, représentants du peuple, membres de la Commission municipale et départementale; Vée, maire du 5e arrondissement; Dumont, adjoint au délégué du gouvernement pour l'administration des hospices; Voillemier, ancien membre de la Commission des hospices; Davenne, chef de division au ministère de l'intérieur; Le Sennier, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Husson, chef de division à la préfecture de la Seine; Decambray, chef de bureau, secrétaire.

M. le docteur Eissen, préfet par intérim du Bas-Rhin, vient de rendre un arrêté qui met au concours les places de médecins cantonaux. Nous ne pouvons qu'applaudir à une semblable mesure.

Le choléra a presque entièrement disparu de l'Egypte. Le nombre des victimes a été moins considérable que ne l'avaient dit les journaux anglais. Treize mille individus seulement ont succombé. Notre compatriote M. Willemin, médecin sanitaire au Caire, a été atteint par le fléau. Par un bonheur providentiel, il a échappé, et a pu revenir en France achever sa convalescence, à l'abri des hautes températures de l'Egypte. Nous apprenons avec plaisir qu'il espère être bientôt en état d'aller reprendre sa haute mission de science et d'humanité.

Quelques journaux ont annoncé une nouvelle recrudescence du choléra à Saint-Pétersbourg. Les dernières nouvelles prouvent au contraire que l'épidémie continue à diminuer. Il en est de même à Berlin; depuis le 15 septembre, le choléra paraît être entré dans sa période de décroissance.

Une grande filature de coton, située à Saint-Pétersbourg, a présenté,

pendant l'invasion du choléra (du 14 juin au 10 août), un phénomène très-remarquable quant au régime diététique. Sur à peu près 700 individus qu'on y emploie, environ une moitié (hommes et femmes) sont logés dans l'enceinte même de la fabrique, nourris à une gamelle commune que dirige l'intendant de l'entreprise, et soumis à une surveillance continuelle, dans des maisons construites *ad hoc*. L'autre moitié (hommes et femmes) vivent dans leurs familles en ville. Un hôpital et un médecin gratuits sont adjoints à l'établissement pour les uns et pour les autres. Sur la plus grande moitié, c'est-à-dire sur ceux qui sont logés à la fabrique et rigidement surveillés, 83 sont tombés malades ; de ce nombre, 5 étaient morts et 11 étaient à l'hôpital en voie de guérison, le 10 août. Donc 47 guéris. Sur les 300 et plus d'individus logés dans leurs familles, 120 étaient tombés malades, et 44 étaient morts le 19 juillet. Tout ceci prouve à quel point une nourriture saine et sans possibilité d'excès, une vie réglée et une grande propreté, ainsi que des secours portés immédiatement à l'invasion du choléra, en mitigent les ravages. Notez que les 400 casernés sont *tous* des serfs, et que les 400 autres sont *tous* des bourgeois, des ouvriers libres.

La Société nationale de médecine de Lyon vient de mettre au concours la question suivante : Faire l'histoire des préparations arsenicales au point de vue de la thérapeutique ; déterminer les cas pathologiques où elles peuvent être employées utilement ; comparer dans ces cas leur action avec celle d'autres médicaments ; indiquer les modes d'administration qui se concilient le mieux avec les intérêts de la pratique sans enfreindre les règles de la prudence.

Le Comité de la marine a soumis à une discussion sérieuse les pétitions adressées par les officiers de santé de la marine des ports de Brest et de Toulon, dans lesquelles ces officiers demandent à être assimilés aux officiers de santé de l'armée de terre sous le triple rapport de la paye, du rang et de l'avancement, tels qu'ils ont été accordés à ceux-ci par le décret du 3 mai dernier. Le président du sous-Comité des pétitions de la marine, M. Ed. Baume, et la majorité du Comité avec lui, ont conclu au renvoi de ces pétitions au ministère de la marine, renvoi commandé par le droit et l'équité, malgré les objections de quelques membres, qui ont combattu les conclusions sous le rapport des exigences du service à bord des vaisseaux, et de l'impossibilité d'appliquer l'assimilation absolue du service de santé de la marine avec celui de l'armée de terre.

La Commission du choléra, nommée par l'Académie nationale de médecine, s'est réunie hier 28 septembre. Elle est composée de MM. Chomel, Gérardin, Guéneau de Mussy, Cornac, Andral, Gaultier de Claubry, Martin Solon, Bourdon, Bouillaud et Bailly. M. Guéneau de Mussy a été nommé président, et M. Martin Solon rapporteur. La Commission se réunira tous les vendredis. Ses travaux embrasseront successivement le choléra qui a ravagé l'Europe en 1832, et celui qui l'envahit maintenant. Il serait avantageux que les médecins qui possèdent de bons Mémoires originaux, ou des renseignements utiles sur ce sujet, les fissent parvenir à l'Académie de médecine, rue de Poitiers, n° 8.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI MÉDICAL DU CHLOROFORME ; GUÉRISON D'UN CAS DE TÉTANOS SPONTANÉ.

Par M. le professeur FORGET.

Il est un axiome banal qui donne la clef des succès et des revers en thérapeutique : c'est que tout modificateur de l'économie peut produire des effets fâcheux ou salutaires, selon que les cas où on l'applique réclament ou repoussent la modification dont il est l'agent. Cela nous explique aussi pourquoi l'apparition des remèdes nouveaux donne lieu à des résultats si contradictoires ; c'est que, dans leur empressement à exploiter la nouveauté, les praticiens en font une foule d'applications rationnelles et irrationnelles. Mais bientôt l'analyse réfléchie fait pénétrer la lumière dans ce chaos et réduit les modernes panacées à leur juste valeur, en précisant les cas qui les réclament, c'est-à-dire qui sont en rapport avec le mode et l'intensité de leur action.

Telle fut, dans ces derniers temps, la destinée des chlorures, de la créosote, du monésia, et autres modificateurs qui, après avoir fait concevoir les plus vastes espérances, sont demeurés des remèdes utiles dans certains cas assez circonscrits ; telle sera celle de l'éther et du chloroforme, dont l'emploi se rationnalise à mesure que se dissipe l'engouement avec lequel ils furent accueillis. C'est particulièrement du chloroforme, administré par les voies respiratoires, que nous allons nous occuper ici.

En tant que suspendant la sensibilité et la contractilité musculaire, le chloroforme, comme l'éther, a fait naître les plus belles espérances, non-seulement dans l'esprit des chirurgiens qui en ont recueilli les premiers bienfaits, mais encore dans celui des médecins, qui durent se flatter, *à priori*, d'y trouver un remède presque assuré à cette funeste et désolante série d'affections désignées sous le nom de névroses du sentiment et du mouvement. Cependant un espoir si beau, je dirai même si légitime, n'a pas tardé à s'évanouir, du moins en partie, et l'on a bientôt constaté que, si bon nombre d'affections douloureuses et convulsives peuvent céder à l'administration des vapeurs du chloroforme, il en est beaucoup d'autres où ce moyen n'agit que comme palliatif momentané, d'autres qui s'y montrent absolument rebelles, d'autres enfin qui paraissent s'exaspérer sous son influence.

Séduit et sollicité, comme tous les praticiens, par une perspective si

rationnelle, j'ai moi-même expérimenté l'éther et le chloroforme dans les diverses affections douloureuses et spasmodiques, et surtout dans ces maladies opiniâtres qui jusqu'ici ont déjoué la puissance de l'art, telles que l'épilepsie, l'hystérie, la névralgie faciale, et, en dernier lieu, le tétanos. Or, voyant le même moyen réussir ou échouer plus ou moins complétement, dans des cas analogues en apparence, j'ai dû réfléchir sur les causes probables de ces variations, et je crois avoir découvert quelques-unes de ces causes, grâce à l'analyse élémentaire que nous sommes dans l'usage d'appliquer à nos études cliniques. En effet, rien de plus semblable en apparence et de plus dissemblable en réalité que deux névroses de même nom, suivant les éléments qui les constituent. Soit, par exemple, deux cas d'épilepsie donnant lieu à des attaques pareilles, mais dont l'une sera l'effet récent d'une simple frayeur et l'autre le produit ancien d'une lésion organique, matérielle, de l'encéphale. Il est évident que le chloroforme, agent passager, superficiel, ne modifiant ostensiblement que les propriétés fonctionnelles des centres nerveux, restera sans action, permanente au moins, sur l'épilepsie de cause organique, invétérée, tandis qu'il aura chance de modifier avantageusement l'épilepsie de cause dynamique et récente. De même de l'hystérie, qui jusqu'ici s'est montrée rebelle aux agents anesthésiques, précisément parce qu'elle tient ordinairement à des causes que ces agents ne peuvent conjurer, à des lésions viscérales, humorales, constitutionnelles, etc. Je dois dire pourtant que, même dans ces cas d'incurabilité par le chloroforme, celui-ci rend souvent des services réels en modifiant les accès, soit en intensité, soit en fréquence. Il en est de même de la migraine et du tic douloureux, qui sont ordinairement soulagés par l'éther et le chloroforme. Il ne faudrait donc pas accepter comme absolue la sentence portée par de bons observateurs et vérifiée par nous-même, à l'égard de l'épilepsie et de l'hystérie, qu'on a vues et que nous avons vues être exaspérées par l'éthérisation. Les accès sont presque toujours immédiatement comprimés ; souvent, ils reparaissent avec le réveil, parfois, il est vrai, mais non pas toujours, plus intenses et plus fréquents qu'auparavant.

Ces observations, jointes à la méditation, au rapprochement des faits épars dans les journaux, me faisaient volontiers croire à l'efficacité du chloroforme dans le traitement du tétanos, névrose plus redoutable peut-être que les précédentes, mais qui en diffère par sa causalité : tandis que les premières sont presque toujours, de leur nature, chroniques et liées à des lésions permanentes, le tétanos, lui, est une affection essentiellement aiguë, et franche d'altérations anciennes et profondes, en tant, du moins, qu'il s'agit du tétanos véritable et non de

ces affections *tétaniformes* qui accompagnent certaines lésions matérielles, ordinairement inflammatoires, des centres nerveux.

Aussi considéré-je comme une bonne fortune le fait suivant qui est venu s'offrir à mon observation.

Un jeune homme de vingt ans, de belle constitution, de tempérament sanguin-lymphatique, jardinier, entre à la Clinique le 16 juin 1848. Il raconte péniblement qu'à la suite d'un refroidissement, le corps étant en sueur, il fut pris, il y a douze jours, de vives douleurs dans le dos, avec impossibilité de fléchir le tronc en avant. Deux jours après l'invasion, les mâchoires se sont serrées graduellement, de manière à ne plus permettre leur écartement volontaire; une constriction douloureuse occupait la gorge et s'opposait à la déglutition. Bientôt après, les membres se sont raidis, l'abdomen s'est tendu, puis sont survenues des secousses intermittentes, se succédant à de courts intervalles, et tellement douloureuses qu'elles arrachent des cris au malade.

État actuel. Facies contracté, fixe, comme endolori, présentant l'aspect dit *tétanique*; trismus incomplet, permettant un écartement d'un centimètre environ entre les arcades dentaires; déglutition assez facile; la paroi antérieure de l'abdomen est plate, tendue et résistante comme une planche; raideur et inflexion légère du rachis en arrière (opisthotonos), impossibilité de fléchir le tronc en avant; douleurs et spasmes lorsque le malade essaye de se mouvoir, les membres pelviens sont étendus et contracturés de manière à ne pouvoir être fléchis sans de grands efforts de la part de l'explorateur; la tension des membres supérieurs est bien moins prononcée. L'examen du malade provoque des spasmes douloureux; intelligence nette, point de céphalalgie; pouls régulier, à 80 pulsations, respiration normale, rien du côté de l'appareil digestif, peau chaude, diaphorèse.

Sachant par expérience combien sont infidèles les diverses médications préconisés contre cette terrible maladie, je me prêtai à l'administration de l'ammoniaque liquide, dont un collègue me disait avoir obtenu récemment de bons résultats. Néanmoins, eu égard à la constitution sanguine du sujet, je prescrivis préliminairement une saignée de 400 grammes, qui produisit un sang d'apparence normale ; puis je fis administrer ammoniaque liquide 20 gouttes, cinq fois par jour, dans une cuillerée d'infusion de tilleul sucrée.

Le 17, on croit observer une légère détente ; diaphorèse abondante. (25 gouttes d'ammoniaque, cinq fois.)

Le 18, diaphorèse persistante, point d'amélioration notable; soulevé par la nuque, le corps s'élève tout d'une pièce, appuyé sur les ta-

lons; crampes fréquentes et douloureuses, anxiété, gémissements. (Ammoniaque 30 gouttes, cinq fois.)

Le 19, même état; urines fortement alcalines, diaphorèse toujours abondante, pouls à 80, constipation. (Lavement laxatif, ammoniaque 35 gouttes, cinq fois par jour.)

Le 20, aucune amélioration. (*Ut suprà*, 30 ventouses scarifiées le long du rachis.)

Le 21, persistance des accidents, trismus incomplet, opisthotonos, tension de l'abdomen, raideur des membres, crampes, secousses douloureuses, diaphorèse abondante. Nous renonçons à l'ammoniaque et tentons l'emploi du chloroforme dans le but de rompre la tension musculaire. Une simple compresse est disposée en forme de cornet, on y verse environ 4 grammes de chloroforme et on l'applique de manière à circonscrire la bouche et le nez du malade. Aux premières inspirations contre lesquelles le sujet se débat, le spasme général augmente, gémissements, contractions convulsives des muscles respirateurs, turgescence et lividité de la face, il semble que le malade va succomber à l'asphyxie; cependant le pouls se maintient ferme à 86, la respiration devient stertoreuse, on débarrasse la bouche de l'écume qui la remplit; on réapplique la compresse; tout à coup, les muscles se détendent, l'abdomen devient souple, les membres fléchissent et retombent inertes, le relâchement et l'insensibilité sont complets, la coloration renaît, le stertor cesse, un sommeil profond et calme s'établit. On cesse l'application du chloroforme, qui a duré une à deux minutes, et le sommeil lui-même dure dix minutes environ; mais avec le réveil reparaissent les contractions tétaniques, à peu près comme auparavant; le malade affirme avoir dormi sans faire aucun rêve, sans avoir éprouvé ni plaisir ni douleur.

L'épreuve était satisfaisante en tant que résultat immédiat; nous résolûmes de la répéter, dans l'espérance de vaincre enfin l'habitude convulsive. Nous pensâmes qu'il suffisait de faire deux applications par jour; nous ignorions alors que l'éthérisation avait été appliquée, dans des cas pareils, à des intervalles bien plus rapprochés. Nous redoutions d'ailleurs, pour les voies respiratoires, les conséquences de cette semi-asphyxie trop souvent reproduite. Le chloroforme fut donc appliqué ultérieurement deux fois par jour, et toujours, à quelques modifications près, les phénomènes se passèrent comme on vient de le voir: la période d'excitation étant plus ou moins prononcée, celle de collapsus arrivant plus ou moins vite, et le sommeil durant plus ou moins longtemps, de 10 à 15 minutes environ. A part les indices fournis directement par la palpation, un signe extérieur surtout nous indiquait l'in-

stant où s'opérait le relâchement musculaire. C'est alors que s'établissait un strabisme divergent très-prononcé, sur lequel nous reviendrons.

Il est vrai de dire que malgré l'exactitude des prescriptions, exécutées avec tout le soin et le discernement possibles par notre chef de clinique, M. le docteur Simon, l'amélioration n'a marché que très-lentement. Cependant elle était sensible pour le malade, qui se félicitait des résultats de la médication et s'y prêtait de bon gré, malgré le malaise que lui occasionnait toujours la première impression du chloroforme. Les crises, en effet, devenaient insensiblement plus rares, moins douloureuses; la contracture tétanique perdait de sa rigidité, le malade pouvait prendre des bouillons, puis des potages. Notons qu'un herpès s'était produit, dès les premiers jours, aux lèvres, au nez et au menton, provoqué sans doute par le contact irritant du chloroforme qui, pourtant, était de très-bonne qualité.

Mais voilà que le 29, huitième jour du traitement, le malade nous dit avoir toussé et craché du sang pendant la nuit. Nous craignons une congestion pulmonaire; cependant l'auscultation n'indique rien d'anormal. Nous persistons dans l'emploi du chloroforme; l'accident ne se reproduit plus.

Le 30, le malade est assez souple pour pouvoir être placé sur un fauteuil; mais ce n'est que le 8 juillet qu'il peut enfin se tenir debout, faire quelques pas, qu'enfin il peut être considéré comme entrant en convalescence, trente-quatre jours après l'invasion et dix-sept jours après la première administration du chloroforme.

La raideur générale et le facies tétanique persistent pourtant encore à un certain degré et ne cessent complétement que vers le 16, époque à laquelle on suspend les inhalations de chloroforme, lesquelles ainsi ont été répétées pendant 26 jours. A cette époque, le malade se promenait dans les salles et mangeait les trois quarts.

Lorsqu'il entra en convalescence, nous nous aperçûmes qu'il portait un léger strabisme divergent de l'œil gauche. Or, nous avons dit que le strabisme indiquait l'invasion du collapsus; c'est que pendant la rigidité tétanique, les yeux étaient en rectitude et ne reprenaient leur direction habituelle que pendant le sommeil, alors que les muscles étaient rendus à leur puissance normale.

Les forces et la coloration sont promptement revenues; un peu d'œdème des pieds a cédé à des frictions de teinture de quinquina. Les poumons n'ont ressenti aucune atteinte permanente de ces congestions journellement provoquées.

On trouvera peut-être que cette observation n'offre rien de très-frappant en elle-même. Qu'y voit-on, en effet? un tétanos spontané, le-

quel est généralement moins grave que le traumatique, attaqué par le chloroforme après dix-sept jours d'existence, c'est-à-dire alors que la durée du mal en fait présumer la bénignité, et cédant lentement après dix à vingt jours d'inhalations bi-quotidiennes..... Nous savons que la science moderne possède des faits plus brillants que celui-là ; mais d'abord, elle n'en possède pas, j'espère, de plus authentiques et de plus scrupuleusement observés ; et nous n'avons, d'ailleurs, d'autre prétention que de confirmer, par un nouvel exemple, des faits constatés par nos devanciers.

Quoi qu'il en soit, tel qu'il est, notre fait démontre :

1° Que de tous les moyens de produire le relâchement momentané de la contracture tétanique, le chloroforme est, sans contredit, le plus prompt et le plus efficace ;

2° Que ce moyen appliqué avec les précautions nécessaires est assez innocent et peut être répété, même pendant longtemps, sans notable inconvénient ;

3° Que si le chloroforme appliqué deux fois par jour jusqu'à narcotisme, n'enlève pas très-rapidement le mal, au moins ne l'aggrave-t-il pas ; nous nous croyons même en droit d'affirmer, de par le fait précédent, qu'il concourt aussi à le dissiper, lentement, mais positivement : *sat citò si benè.*

4° On compte des résultats tout aussi favorables par d'autres moyens, et moi-même ai produit dans ce journal (1836) des guérisons obtenues par les frictions mercurielles ; mais de tous les remèdes du tétanos *nerveux*, aucun ne nous paraît aussi bien adapté à la nature des symptômes, aucun surtout n'atteint le but d'une manière aussi directe. Ici les effets immédiats ou physiologiques du remède sont identiquement de même espèce que les effets consécutifs ou curatifs qu'on veut obtenir ; c'est-à-dire que nul remède n'est plus rationnel. Il est à espérer que les résultats heureux seront plus fréquents par ce moyen que par aucun des autres, et que ces résultats seront aussi plus prompts, si le remède est appliqué avec plus de hardiesse ; mais nous ne saurions trop répéter que, pour éviter les déceptions, il est essentiel de préciser les conditions du sujet, dont les principales, nous le pensons, doivent être l'absence de lésions organiques ou inflammatoires des centres nerveux et l'intégrité des organes respiratoires.

Nous profiterons de l'occasion pour compléter l'exposé de nos idées sur l'emploi médical du chloroforme. En ce qui concerne sa valeur relative, nous pensons, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps, que le chloroforme est préférable à l'éther, parce qu'il agit plus doucement, plus promptement, plus sûrement. Or, ce qu'il faut au médecin,

c'est un effet narcotique réel et sûr. Le chirurgien peut opérer sans que la sensibilité soit complétement abolie; mais le médecin ne peut guère espérer de résultat curatif que de la suspension complète de la sensibilité ou de la contractilité, selon l'occurrence. Que le chloroforme soit plus dangereux que l'éther, c'est ce qui ne nous paraît pas irrévocablement démontré, car l'éther lui-même n'est pas exempt de dangers; puis les malheurs attribués au chloroforme ne sont peut-être pas tous de son fait ; enfin, ces malheurs seront peut-être évités au moyen de manœuvres prudentes et de précautions attentives. Ainsi l'on suspendra les inhalations si les spasmes, l'asphyxie, le stertor deviennent trop intenses ; le doigt, appliqué sur le pouls, donnera la mesure du danger ; on suspendra, dans tous les cas, dès que l'insensibilité et le collapsus musculaire seront établis, sauf à recommencer si le réveil arrive trop tôt; chose des plus importantes, on détergera la bouche des mucosités qui viennent l'obstruer, car nous sommes persuadés que quelques-uns des malheurs qu'on a déplorés ont été produits par l'écume bronchique.

Les chirurgiens se sont demandé si le narcotisme n'avait pas d'effets consécutifs défavorables pour les opérés, c'est-à-dire si la douleur n'était pas un élément salutaire. Je n'en crois rien. Dans tous les cas, cette question ne peut surgir dans l'esprit du médecin qui se propose précisément et uniquement de combattre la douleur ou le spasme; mais il doit s'enquérir si les inhalations ne sont pas susceptibles d'occasionner des lésions, des complications du côté des organes respiratoires. L'explication ci-dessus, jointe à beaucoup d'autres, démontre que le chloroforme, spécialement, ne laisse aucune trace appréciable dans les poumons primitivement sains.

Enfin, quant aux indications et aux effets thérapeutiques, nous rappellerons en terminant qu'ils peuvent être palliatifs ou curatifs; que, dans presque tous les cas, le chloroforme a pour effet d'atténuer ou de dissiper instantanément la douleur et le spasme, mais qu'on ne doit en attendre de résultat réellement définitif que dans les affections douloureuses ou convulsives qui ne sont pas liées à des lésions matérielles et permanentes.

On a, tout récemment, essayé d'obtenir des effets locaux, c'est-à-dire l'insensibilité locale au moyen d'applications du chloroforme sur les parties douloureuses elles-mêmes. C'est là un nouveau point de vue qui mérite examen, mais qui, dans aucun cas, ne nous paraît devoir révéler des résultats d'une bien grande importance, comparés du moins aux merveilleux effets des inhalations.

ÉTUDES SUR LE RHUMATISME MUSCULAIRE, ET EN PARTICULIER SUR SON DIAGNOSTIC ET SUR SON TRAITEMENT.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

Nous avons, sur le rhumatisme musculaire, des travaux très-importants; mais ces travaux sont si peu nombreux que si, d'une part, on se rappelle l'extrême fréquence de cette affection, et, de l'autre, on a égard à la grande difficulté de la guérir dans un bon nombre de cas, on ne peut s'empêcher d'être surpris de cette stérilité de la science. Quelle peut en être la cause? On ne doit évidemment la chercher que dans le peu de gravité de l'affection dans l'immense majorité des cas, ce qui fait qu'on n'y attache qu'une faible importance; et aussi dans la facilité, je pourrais même dire la négligence qu'on a apportées jusqu'à ces dernières années dans l'étude du diagnostic des maladies douloureuses proprement dites, c'est-à-dire des maladies dans lesquelles la douleur joue le principal et presque l'unique rôle, comme la névralgie et le rhumatisme musculaire.

Mais d'abord, de ce qu'une maladie ne menace pas la vie, il ne s'ensuit pas qu'on doive en négliger l'étude ; car par sa persistance et aussi par l'incommodité des symptômes, elle peut rendre l'existence fort désagréable. Ensuite, les recherches récentes ont montré que le diagnostic du rhumatisme musculaire n'est pas toujours, à beaucoup près, aussi simple qu'on l'avait pensé. Elles ont fait voir qu'il est d'autres affections qui ont leurs caractères propres, mais qui ont aussi de nombreux points d'analogie avec lui, et que ces affections ont dû être bien souvent prises pour un rhumatisme, et réciproquement. Or, l'expérience nous prouve que le traitement ne doit pas être absolument le même dans ces divers cas, et tout porte à croire que fréquemment, faute d'un diagnostic sûr, on laisse s'invétérer des affections douloureuses qu'un traitement mieux dirigé aurait pu faire assez promptement disparaître.

Aujourd'hui donc, un praticien ne peut plus se contenter de dire, quand les malades se plaignent de diverses douleurs occupant les différents points du corps, c'est un rhumatisme, c'est une douleur rhumatismale, et de prescrire ensuite des moyens thérapeutiques qui s'appliquent vaguement aux douleurs; il faut, de toute nécessité, qu'il s'efforce de reconnaître quel est le siége réel de ces douleurs et quels sont leurs caractères principaux. Nous verrons, en effet, plus loin, combien le siége de la maladie est important, quand il s'agit d'établir le diagnostic, de porter le pronostic, et de diriger la thérapeutique de ces affections.

Dans cet article, je me propose d'étudier le rhumatisme musculaire au point de vue de la pratique ; pour cela, je rechercherai d'abord quels sont les caractères, la nature et le traitement du rhumatisme musculaire en général ; puis, je passerai en revue les principales espèces, dont quelques-unes avaient été un peu négligées, et que, dans mes recherches sur les névralgies, j'ai rencontrées assez fréquemment pour pouvoir en apprécier les nuances.

D'abord, qu'est-ce que le rhumatisme musculaire? C'est là une question qui serait bien difficile à résoudre si nous avions la prétention d'arriver à la connaissance de la nature intime de la maladie. C'est cette prétention qui a fait regarder cette maladie comme le résultat soit d'une fluxion vers un point, soit de la présence d'un liquide, d'un fluide âcre, d'une humeur froide, etc. De semblables explications ne sauraient plus être mises en avant aujourd'hui, et un seul fait viendrait, s'il en était besoin, prouver tous les inconvénients de ces explications dans la pratique, c'est l'identité du nom donné au rhumatisme articulaire et au rhumatisme musculaire, affections essentiellement différentes et dont le traitement est bien loin d'être le même.

Bornons-nous donc à rechercher les points de contact, et aussi les dissemblances du rhumatisme avec les autres affections douloureuses ; de cette manière, si nous ne parvenons pas à découvrir l'essence de la maladie, ce qui n'est pas donné à nos moyens d'investigation, nous arriverons du moins à la classer suivant ses affinités.

Le caractère essentiel du rhumatisme musculaire, on peut le dire aujourd'hui avec assurance, est d'être une affection purement douloureuse. Tout prouve, en effet, qu'aucune lésion anatomique ne lui appartient, et que dans les cas où l'on a trouvé quelque altération dans les muscles affectés, ou bien il s'agissait d'autre chose que d'un rhumatisme, ou bien il y avait une complication.

On a voulu, je le sais, trouver dans le rhumatisme musculaire, une inflammation soit aiguë, soit chronique, et pour cela on a cité des cas dans lesquels il y avait infiltration, ossification, retrait des muscles, ou bien (s'il s'agissait d'un cas remarquable par son acuité), suppuration, réduction des fibres musculaires en putrilage, etc. Mais il est maintenant parfaitement démontré que, dans tous ces cas, la maladie a présenté une tout autre marche que le rhumatisme musculaire ; que la douleur a été fixe, continue, parfois fébrile ; et si l'on rapproche ces caractères de la lésion anatomique, on ne peut pas douter qu'il ne s'agisse d'une maladie qui a une physionomie propre, et qu'on ne saurait par conséquent confondre avec le rhumatisme qui a aussi la sienne ; ce serait une confusion inexcusable.

Mais quelle est donc cette douleur à laquelle on donne le nom de rhumatisme, et dont nos devanciers avaient une idée si vague, qu'ils confondaient, sous cette dénomination, les affections les plus diverses? J'ai cherché, dans le Guide du médecin praticien (T. X, p. 193), à répondre à cette question, et voici comment je l'ai résolue :

« Aujourd'hui il y a une très-grande tendance à regarder le rhumatisme musculaire comme une névralgie ayant son siége dans les muscles. Déjà MM. Roche (Dict. de méd. et de chir. prat., t. III, art. *Arthrite*), et Cruveilhier, avaient nettement formulé cette opinion qui, avant eux, avait vaguement cours dans la science, puisque certains rhumatismes avaient reçu le nom de *rhumatismes nerveux*. Dans mon Traité des névralgies (voy. *Névr. cervico-brach.*), je crois avoir mis le fait hors de doute en citant des exemples de douleurs affectant primitivement tous les muscles de l'épaule, puis gagnant les nerfs des bras et prenant tous les caractères de la névralgie. Depuis lors, les faits nombreux que j'ai observés sont venus confirmer cette manière de voir, et voici ce qui est résulté pour moi de leur étude.

« Fréquemment les sujets affectés de névralgie éprouvent dans quelques muscles des douleurs qui ont tous les caractères du rhumatisme. Le rhumatisme musculaire a, sous le rapport de ses symptômes, de leur marche, de leurs exacerbations, de l'absence de lésions anatomiques appréciables, la plus grande ressemblance avec la névralgie. Ces affections se transforment souvent l'une dans l'autre. De ces faits, et de ceux que j'ai rapportés à l'article *Dermalgie*, je conclus que la douleur, symptôme capital de la névralgie, se traduit, à notre observation, de trois manières différentes. Si elle reste concentrée dans les nerfs, on trouve les points douloureux isolés caractéristiques; il y a une *névralgie proprement dite*. Si la douleur se répand dans les muscles, les contractions musculaires sont principalement douloureuses ; il y a *rhumatisme musculaire*. Enfin, si elle se répand dans la peau, il en résulte une sensibilité excessive de la surface cutanée : il existe une *dermalgie*. (Voy. l'art. *Dermalgie*.) Ces trois formes d'une même affection peuvent se montrer toutes ensemble ou bien deux à deux : *névralgie et dermalgie ; névralgie et rhumatisme ; rhumatisme et dermalgie*. »

En admettant l'exactitude de ces propositions, qui, ainsi qu'on va le voir, sont appuyées sur des recherches cliniques exactes, nous voyons tout de suite pourquoi l'étude du rhumatisme musculaire a été, jusqu'à ces derniers temps, si peu fructueuse. Ce n'est, en effet, que par des nuances résultant de la diversité du siége, que ces maladies diffèrent. Or, le siége, même en procédant à l'examen avec la plus grande at-

tention, n'est pas toujours, il s'en faut, facile à découvrir ; qu'on juge de la confusion qui a dû nécessairement exister tant que cet examen a été fait avec négligence ! Le mot rhumatisme répondant à tout, peu importait que le siége de l'affection fût dans un nerf, dans un muscle ou dans la peau ; on se contentait du terme générique, et on appliquait des moyens en conséquence, sans s'inquiéter des espèces. Combien, par exemple, de névralgies intercostales désignées sous le nom de pleurodynies, et traitées comme telles ! Combien de prétendus lombagos, qui n'étaient autre chose que des névralgies lombo-abdominales ! Je cite ces exemples entre cent autres, parce qu'ils sont les plus saillants.

Ce que j'ai dit plus haut nous explique aussi comment l'élément névralgique, depuis qu'on l'a mieux reconnu, a été si souvent trouvé uni à l'élément rhumatismal, et réciproquement. Ainsi, il est très-fréquent d'entendre qualifier une affection douloureuse de névralgie rhumatismale ou de rhumatisme nerveux. Pourquoi cela ? C'est que l'observation, même superficielle, a fait voir que le rhumatisme a, surtout dans certains cas, des caractères névralgiques évidents, et que, dans les névralgies, la douleur n'étant pas le plus souvent assez circonscrite pour rester renfermée dans les nerfs, les muscles y participent, et présentent précisément les caractères du rhumatisme simple. De part et d'autre, en effet, nous avons la douleur pour symptôme capital et presque unique, la mobilité de cette douleur, les exacerbations, les élancements, etc. ; et de plus, ce qui n'avait pas été remarqué avant la publication de mon *Traité des névralgies*, et ce qui pourtant est bien remarquable, c'est qu'un rhumatisme musculaire très-évident peut se transformer en une véritable névralgie ; que la névralgie peut commencer par un rhumatisme ; enfin que, dans des cas qui conservent leur caractère de rhumatisme musculaire, on voit, à des intervalles plus ou moins rapprochés, la douleur se propager le long des nerfs voisins, avec tous les caractères névralgiques. Il est nécessaire de démontrer par des faits la vérité de ce que je viens d'avancer.

Je citerai d'abord une observation que j'ai consignée dans le *Traité des névralgies*, et qui est très-importante au point de vue qui nous occupe.

Obs. Ire. *Névralgie cervico-brachiale gauche, succédant à une pleurodynie du même côté.* Augustine Schmitt, domestique, âgée de cinquante ans, veuve, est entrée à l'hôpital Beaujon le 19 mai 1840. Cette femme, toujours bien réglée, assure n'avoir jamais été malade ; une fois seulement, dit-elle, elle a eu, il y a quatorze ans, une inflammation de bas-ventre. Elle a toujours travaillé et joui d'une bonne santé jusqu'au 15 de ce mois.

Ce jour-là, elle descendit dans une cave, et s'y sentit saisie par le froid.

Elle n'était néanmoins pas en sueur. Dans le reste de la journée et pendant la nuit suivante, elle éprouva des frissons irréguliers, du malaise, de l'inappétence. Le lendemain, céphalalgie, perte complète de l'appétit; douleurs dans la partie gauche du dos et sous le sein correspondant, augmentant dans les efforts de la respiration; pas de toux. Cet état persista les jours suivants, et la malade, qui ne fit aucun traitement, continua à travailler jusqu'au 18 mai, où elle se vit forcée de garder le repos, à cause de l'intensité des douleurs.

Etat actuel; 20 mai. Taille élevée, cheveux châtains, yeux bruns, embonpoint ordinaire, constitution bonne, face naturelle.

Les douleurs déjà indiquées persistent; en arrière, à gauche, elles occupent, le long du rachis, tout l'espace compris entre la troisième et la neuvième côte. Dans cette étendue, la pression, le pincement des muscles, exaspèrent la douleur, qui augmente aussi dans certains mouvements du tronc. Au-dessus du sein gauche, il n'y a qu'une très-légère douleur ressentie seulement dans les grandes inspirations. Sonorité normale et respiration pure dans tous les points de la poitrine. Pas de toux.

Léger enduit jaunâtre sur la langue. Peu de soif; inappétence; pas de nausées; pas de selles depuis trois jours. Pouls à 80, souple, régulier; légère moiteur. (Bourr., miel, 2 p.; saignée de 300 gr.; lavement de lin; diète.)

21 mai. La malade se met plus facilement sur son séant; cependant la douleur persiste encore, et de plus il y a de l'endolorissement dans les attaches inférieures du trapèze, dans celles du rhomboïde, et dans le moignon de l'épaule du côté gauche. La douleur augmente très-légèrement par la pression, sans qu'il y ait aucun point bien circonscrit. Pas de céphalalgie.

Un peu d'appétit; langue naturelle; ventre indolent; hier, une selle assez abondante après un lavement. Pouls à 84, souple, régulier; chaleur naturelle. Le sang de la saignée offre un caillot assez ferme, peu rétracté, couvert d'une couenne très-mince, demi-transparente et d'un jaune verdâtre. (Bourr., miel; 6 ventouses scarifiées sur la partie douloureuse du dos; 2 bouillons.)

22 mai. Disparition presque complète des douleurs; mouvements faciles; appétit bon, pas de fièvre. (Bourr.; 1/8.)

23 mai. Il n'y a plus de douleurs dans le dos; mais toute la nuit, la malade a été privée de sommeil par des élancements revenant à de fréquents intervalles, et par une douleur sourde, continue, siégeant à la face dorsale du cinquième métacarpien gauche, s'irradiant parfois dans le petit doigt correspondant. Ces parties ne sont actuellement le siége que d'un sentiment d'engourdissement; la pression y détermine un peu de douleur, sans qu'il y ait de point bien déterminé. Le reste *idem*.

24 mai. Hier, dans la journée, apparition de douleurs lancinantes, d'abord légères, puis devenant peu à peu plus intenses; elles partaient de la partie interne du pli du bras gauche, s'étendaient le long de l'avant-bras en suivant exactement le trajet du nerf cubital et se perdaient dans la main; dans l'intervalle des élancements, il y avait dans ce trajet des picotements incommodes. Elle a éprouvé aussi des douleurs, mais moins marquées, à la région antérieure et externe de l'avant-bras; elles partaient de l'épicondyle, et ne dépassaient pas la partie moyenne du radius. Ces accidents ont donné lieu à de l'insomnie, et par suite à un peu de fatigue.

Il serait inutile de donner la fin de cette observation, qui se rapporte uniquement à la névralgie, et qui n'a plus de rapport à la question qui nous occupe. Voici maintenant les réflexions que m'a suggérées ce cas intéressant :

Réflexions. Ce qui me paraît devoir attirer l'attention dans ce fait, c'est la succession des deux douleurs qui ont siégé dans la poitrine et dans l'avant-bras. La première est survenue après un refroidissement suivi de frissons, de malaise, d'inappétence. Elle s'est accompagnée de céphalalgie, de gêne de la respiration et d'un léger mouvement fébrile. Son siége a été remarquable par son étendue ; elle occupait, en effet, presque tout un côté de la poitrine ; elle était plus forte aux attaches des muscles, n'augmentait pas considérablement par la pression, était principalement exaspérée par les mouvements, n'offrait pas de points circonscrits, et surtout pas d'élancements. Ce sont là évidemment les caractères de la pleurodynie aiguë.

Mais dès que cette douleur thoracique s'est dissipée, il en survient une autre bien différente. Celle-ci ne s'accompagne ni de malaise, ni d'inappétence, ni d'aucun mouvement fébrile, bien qu'elle soit assez forte pour causer de l'insomnie. Elle est limitée au trajet des nerfs radial et cubital, et surtout de ce dernier ; elle offre des points douloureux à la pression très-vifs et très-circonscrits ; il y a enfin des élancements violents : la névralgie est évidente.

Y a-t-il, entre ces deux affections douloureuses, un rapport, une liaison quelconque ; ou leur succession si rapide n'est-elle que l'effet du hasard ? La première manière d'interpréter ce fait me paraît devoir être adoptée. La douleur thoracique occupait non-seulement les parois de la poitrine, mais la partie postérieure et inférieure du cou ; son passage dans le plexus cervical était donc facile ; aussi faut-il remarquer qu'avant de se fixer dans l'avant-bras, elle s'est fait sentir dans l'épaule, où elle a été assez intense. On a donc pu suivre exactement sa marche, et il ne s'est passé qu'une demi-journée entre la disparition de la douleur de l'épaule et son apparition dans l'avant-bras. Ce fait, qui n'est pas le seul de ce genre, comme on le verra dans l'observation suivante, vient à l'appui de l'opinion qui considère le rhumatisme musculaire et la névralgie comme deux maladies très-voisines l'une de l'autre, et ayant beaucoup d'éléments communs ; car la pleurodynie, en changeant de siége, est devenue une névralgie. Mais, dira-t-on, cette douleur thoracique n'est-elle pas elle-même une névralgie, une de ces névralgies intercostales décrites dans ces derniers temps? On peut répondre qu'il est rare de trouver les signes de la pleurodynie plus tranchés que dans ce cas ;

c'est ce que j'ai fait ressortir plus haut. Il faut donc admettre, ou que la pleurodynie, quelle que soit sa forme, est une névralgie des parois thoraciques, ou que c'est bien un rhumatisme musculaire qui s'est transporté sur les nerfs pour y occasionner une névralgie. C'est sans doute un cas de ce genre qui s'est présenté à l'observation du docteur Bloglia dal Persico. Cet auteur, sous le titre de névralgie scapulaire, irrégulière et rémittente, cite le fait suivant : « *A la suite d'une affection rhumatismale* des parois thoraciques, M. S..., âgé de vingt-trois ans, fut pris d'une névralgie scapulaire gauche, dont les accès étaient irréguliers et rémittents. Saignées, purgatifs, etc., inutiles. Guérison en trois jours par l'eau de laurier-cerise. » Sans doute il faudrait, pour bien asseoir son opinion, des détails qui nous manquent entièrement ; mais j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ce fait du précédent.

L'observation qui, dans le *Traité des névralgies,* suit celle que je viens de rapporter, présente aussi l'exemple d'une pleurodynie qui se change en névralgie cervico-brachiale, avec cette différence que le rhumatisme a été se fixer d'emblée sur le plexus brachial, sans passer par les muscles de l'épaule.

Je pourrais multiplier les faits de ce genre ; mais, avec un peu d'attention, chacun pourra en observer de semblables.

J'ai dit que, dans le cours d'un rhumatisme, on voyait, plus ou moins fréquemment, la douleur se propager à un nerf, et prendre tous les caractères de la névralgie. C'est encore un fait qu'il est extrêmement facile de vérifier. Il y a environ deux ans, je fus consulté par un homme de cinquante-cinq ans, qui avait, depuis trois ans, un rhumatisme de la partie postérieure du cou. Ordinairement la maladie conservait ses caractères rhumatismaux, ou, en termes plus exacts, restait fixée dans les muscles de la région cervicale ; mais, à des intervalles variables, et surtout lorsque le malade s'était livré à de longs travaux de cabinet, la douleur s'étendait au delà de ces limites, et alors des élancements caractéristiques parcouraient le nerf occipital, et arrivaient jusqu'aux ramifications du nerf trifacial ; il y avait des points douloureux disséminés, et même des étourdissements. J'ai encore sous les yeux un fait du même genre, très-caractéristique, et dans lequel la douleur des muscles du cou est très-opiniâtre, et s'accompagne de douleurs névralgiques très-fréquentes.

Je peux encore citer l'exemple d'une dame encore malade, dont la douleur est habituellement fixée dans le deltoïde, et qui, par moments, éprouve, jusque dans les doigts, des douleurs lancinantes très-incommodes. Enfin, j'ai donné des soins à un homme de quarante ans, qui

éprouve une douleur habituelle des muscles trapèze, rhomboïde et deltoïde ; qui a fréquemment des points douloureux au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée, au-devant de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, et dans les doigts ; qui éprouve des élancements vifs dans ce trajet et qui, enfin, ressent dans le pouce et dans l'index une douleur, une fatigue, un sentiment de faiblesse tels qu'il peut à peine écrire quelques lignes.

Il résulte donc de ces faits et, je le répète, de beaucoup d'autres qui passent journellement sous nos yeux, que le rhumatisme musculaire et la névralgie sont une seule et même affection, avec un siége différent, et que c'est pour cela qu'on voit si souvent mentionnés par les auteurs la névralgie rhumatismale et le rhumatisme nerveux. Je sais bien, toutefois, que ce n'est pas ainsi que l'entendent un certain nombre de médecins ; je sais que s'ils ont le soin de désigner certaines névralgies sous le nom de rhumatismales, et certains rhumatismes sous le nom de nerveux, c'est qu'ils admettent l'existence de névralgies qui ne sont pas, suivant leur expression, sous la dépendance du *vice rhumatismal*, et de rhumatismes qui ne peuvent s'expliquer que par des théories humorales très-vagues. Mais qu'on aille au fond des choses et qu'on demande des preuves ; au vague des raisonnements et à l'insignifiance des faits, on reconnaît bientôt que c'est là une pure spéculation de l'esprit, ou bien un reste de tradition surannée dont on a de la peine à se défaire.

Maintenant que, d'après l'expérience, nous avons découvert, non pas la nature intime du rhumatisme musculaire, mais son identité, sauf le siége, avec la névralgie ; maintenant qu'il ne peut plus être douteux pour nous que le rhumatisme musculaire est la névralgie, soit aiguë, soit chronique des muscles, nous pouvons présenter en peu de mots le diagnostic et le pronostic de cette affection considérée en général.

Le *diagnostic* du rhumatisme musculaire aigu est, ordinairement, très-facile. Cette affection diffère de l'inflammation des muscles par l'absence complète de tout gonflement et de tout changement quel qu'il soit des parties affectées ; en outre, dans l'inflammation, il y a de la douleur alors même que le muscle est dans le relâchement le plus complet, et la pression, ainsi que les mouvements, déterminent une douleur beaucoup plus intense. Enfin, la fièvre et les troubles des principales fonctions complètent le diagnostic différentiel. Ces caractères, comme on le voit, sont tels, qu'on ne peut plus aujourd'hui établir la moindre affinité entre ces deux affections : l'inflammation et le rhumatisme musculaire.

Lorsque le rhumatisme musculaire a son siége dans les muscles qui

entourent une articulation, le diagnostic est parfois difficile ; mais c'est un point sur lequel je reviendrai quand je parlerai du rhumatisme musculaire de l'épaule. Disons seulement ici, qu'on ne saurait, en aucune manière, admettre l'identité de nature du rhumatisme articulaire et du rhumatisme musculaire. Si quelques auteurs l'ont fait encore récemment, c'est qu'ils n'ont pas su s'affranchir complétement de ces idées anciennes dont je parlais plus haut, car ils ne peuvent méconnaître que, sous le rapport du siége, des symptômes, de la marche de la maladie, en un mot, sous tous les points de vue, ces affections diffèrent essentiellement. On s'est fondé, il est vrai, pour les rapprocher, d'abord sur la mobilité des signes locaux dans les deux maladies, et puis sur ce que les sujets affectés de rhumatisme articulaire, sont aussi fréquemment atteints de rhumatisme musculaire. Mais la mobilité n'est qu'un des caractères de ces affections et est bien loin de suffire pour en démontrer l'identité ; et en second lieu, il n'est nullement prouvé que les individus sujets au rhumatisme articulaire présentent, plus fréquemment que tout autre, le rhumatisme musculaire. Qu'ils le présentent souvent, c'est ce que nous admettons facilement ; mais nous n'oublions pas que le rhumatisme musculaire est une des affections les plus fréquentes du cadre nosologique, et nous ne voyons, par conséquent, dans cette fréquence, rien qui nous paraisse avoir quelque importance.

Reste la névralgie proprement dite , qu'on pourrait d'autant plus confondre avec le rhumatisme musculaire, que la nature des deux affections est la même, ainsi que nous l'avons vu. Disons, toutefois, qu'il est beaucoup plus rare de prendre un rhumatisme pour une névralgie, qu'une névralgie pour un rhumatisme. Cette remarque ne s'applique assurément pas aux névralgies trifaciale et sciatique, qui sont presque toujours si faciles à diagnostiquer ; mais elle est très-exacte quand il s'agit des névralgies du tronc, telles que la névralgie intercostale et la névralgie lombo-abdominale, qui ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'aide d'une exploration toute particulière. Du reste, voici comment j'ai porté ailleurs ce diagnostic (Guide du Médecin praticien, t. X.) : « Je ne veux pas entrer ici dans de grands détails sur le diagnostic, parce que les signes distinctifs variant suivant chaque espèce de rhumatisme, à cause du siége de l'affection, c'est lorsqu'on arrive à faire l'histoire de ces diverses espèces qu'on peut tracer un diagnostic différentiel vraiment utile. Je dirai donc seulement ici que le rhumatisme diffère de la *névralgie proprement dite*, en ce que la douleur occupe une plus grande surface ; que les points douloureux à la pression sont moins limités ; que ces points se trouvent surtout aux attaches des muscles et non sur le trajet d'un nerf, et que la contraction musculaire cause une souf-

france hors de toute proportion avec les autres douleurs spontanées ou provoquées, tandis que dans la névralgie c'est le contraire qu'on observe le plus souvent. »

En voilà assez, je pense, pour démontrer qu'il faut une assez grande attention pour distinguer le rhumatisme musculaire des maladies qui peuvent le simuler, et que bien souvent on a prises pour lui. Quant au *pronostic*, il doit être étudié sous deux points de vue principaux. D'abord, on peut dire sans crainte, d'une manière générale, que le rhumatisme musculaire chronique est plus rebelle au traitement que la névralgie chronique. Il est vrai qu'on voit des névralgies résister aux moyens les plus énergiques pendant de longues années, et ne cesser qu'avec la vie; mais ce ne sont pas là des cas ordinaires; tandis qu'il est commun de voir le rhumatisme musculaire s'emparer d'un sujet pour ne plus le quitter pendant toute la durée de son existence, le faisant toujours souffrir plus ou moins. Quelle est la cause de cette plus grande résistance à nos moyens de guérison? Serait-ce que la maladie ayant un siége ordinairement plus profond, ces moyens ont sur elle une action moins directe? C'est ce que je ne saurais dire, et je me contente de constater le fait.

Quant à ces deux affections à l'état aigu (et ce n'est pas là une des moindres bizarreries que nous ayons à constater), c'est précisément tout le contraire; c'est-à-dire que le rhumatisme se guérit ordinairement avec plus de facilité. Quelle que soit, en effet, son acuité et l'intensité des douleurs, il est rare qu'il dure huit jours, et l'on sait que des névralgies peuvent conserver la plus grave violence pendant des semaines et des mois.

Mais il faut reconnaître aussi que le rhumatisme musculaire est en général beaucoup moins grave que la névralgie. Si, en effet, nous comparons le rhumatisme musculaire aigu à la névralgie aiguë, nous voyons que le premier ne produit pas une anxiété aussi grande et une altération des fonctions aussi marquée que la dernière, et nous avons dit plus haut qu'il se dissipe avec beaucoup plus de facilité.

Mais cette différence est encore bien plus marquée dans les cas de rhumatisme musculaire et de névralgie chronique. Nous verrons, il est vrai, en parlant de certaines espèces de rhumatismes, la paralysie d'un ou plusieurs muscles en être le résultat; mais ces cas sont très-rares; tandis qu'il n'est que trop fréquent de voir des sujets en proie aux plus violentes douleurs névralgiques, mener pendant longues années une existence misérable, être privés de l'usage d'un membre, quelquefois même pouvoir à peine quitter le lit. Or, on sait que l'immense majorité des individus affectés de rhumatisme musculaire n'ont autre

chose que des douleurs plus ou moins vagues, gênant les mouvements, éprouvant parfois des exacerbations, mais ne les empêchant nullement d'aller et de venir.

Si l'on consulte les auteurs, on voit qu'un *traitement* à très-peu près uniforme a été conseillé dans le rhumatisme musculaire et dans la névralgie, et cependant l'expérience prouve que les divers moyens préconisés ne doivent pas être indifféremment prescrits dans l'une et l'autre de ces maladies. Ce qui fait que sur ce point on a toujours eu des données très-vagues, c'est que le diagnostic ayant souvent été mal posé, on a cru souvent traiter des rhumatismes, quand il s'agissait de véritables névralgies, et l'on a attribué à certains moyens une action marquée sur une maladie, tandis qu'ils agissaient sur une autre.

Mais que l'on recherche quels sont les effets de ces moyens dans des cas biens déterminés, et l'on verra combien cette manière de voir est peu exacte. Quel est le praticien qui ne sait que les *émissions sanguines* générales et locales ont une action beaucoup plus marquée dans le rhumatisme que dans la névralgie? C'est au point que dans certains cas de rhumatisme musculaire aigu, on voit, après une ou deux applications de sangsues, la maladie disparaître complétement, tandis que ce moyen est presque constamment et complétement insuffisant dans la névralgie.

En outre, il est bien rare qu'un rhumatisme musculaire aigu résiste aux émissions sanguines, au repos et à quelques boissons sudorifiques, traitement bien simple, sans action bien grande sur la névralgie ; tandis qu'il est généralement très-peu influencé par les moyens qui réussissent le mieux dans la névralgie aiguë, c'est-à-dire les vésicatoires volants multipliés, et la cautérisation transcurrente.

Voilà en quoi diffèrent principalement le traitement du rhumatisme articulaire aigu et celui de la névralgie. Quant aux cas chroniques, nous trouvons que l'hydrothérapie, l'usage des eaux thermales, le massage, les bains russes, réussissent beaucoup mieux dans le rhumatisme que dans la névralgie proprement dite ; mais ici la différence est loin d'être auss tranchée que dans les cas aigus, et la raison en est bien simple : c'es 1° que, sous le rapport des symptômes et de la marche de la maladie, les deux affections sont bien moins dissemblables, et 2° que la névralgie et le rhumatisme chronique se trouvent assez fréquemmcnt confondus chez le même sujet.

Viennent maintenant un certain nombre de moyens appliqués indifféremment aux deux affections ; par exemple, les applications excitantes sur la peau, l'acupuncture, l'électro-puncture, les narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur, etc. Il me paraît difficile d'admettre que

ces divers moyens soient aussi utiles dans une maladie que dans l'autre ; mais ce point de thérapeutique n'a pas encore été assez bien étudié pour qu'il soit permis de se prononcer ; nul doute qu'avec les données précises que nous avons maintenant sur le diagnostic, ces questions ne soient bientôt résolues.

Resterait maintenant à savoir comment des affections de la même nature demandent, par cela seul qu'elles ont un siége différent, des modifications aussi tranchées dans le traitement. Mais cette explication, il nous est impossible de la donner ; trop heureux encore de pouvoir nous diriger dans la pratique par des règles fondées sur les faits rigoureusement observés, bien que le pourquoi de cette règle nous soit inconnu.

Dans un prochain article j'étudierai quelques particularités un peu négligées de certains rhumatismes musculaires, et je signalerai quelques espèces presque complétement inaperçues. Ces dernières fixeront surtout mon attention, parce qu'elles sont de nature à embarrasser le praticien.

VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LA PRATIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE LONDRES : PANSEMENT DES PLAIES.

Si la chirurgie et la médecine constituent, aux yeux des gens du monde, deux sciences bien distinctes, pour les esprits philosophiques elles n'ont jamais été que des divisions artificielles établies dans le but de faciliter l'étude des maladies, et que nécessitait d'ailleurs l'intervention des moyens manuels. Ce qui est certain, c'est qu'à toutes les époques la chirurgie a été tributaire des théories qui ont dominé la médecine ; et cette solidarité des deux branches de l'art de guérir se comprend sans peine. Une ligne de démarcation rigoureuse serait impossible à tracer entre la partie médicale et la partie chirurgicale de la thérapeutique ; la science est une, ses moyens seuls sont divers ; l'art en fait le choix selon les circonstances. Il n'y a, aux yeux de la science, ni apothicaires, ni chirurgiens, mais seulement des médecins.

En France, depuis qu'il n'existe plus qu'un seul ordre de praticiens, appelés, par l'instruction qu'ils reçoivent, à embrasser toutes les branches de l'art de guérir, la thérapeutique est revenue à des idées plus rationnelles; on ne fait plus usage des médications, parce qu'on les a vu employer ; avec le progrès des lumières, la pratique de la méde-

cine s'est largement améliorée, et la pratique chirurgicale l'a suivie dans cette voie.

En Angleterre, il s'en faut de beaucoup que cette solidarité existe; on y observe le contraire. La différence est tellement tranchée, qu'il faut des raisons bien puissantes pour les maintenir aussi éloignées l'une de l'autre. Ainsi, autant la médecine est encore polypharmaque, compliquée, autant la pratique chirurgicale est simple et uniforme. Les motifs en sont faciles à trouver. En Angleterre, le corps médical se partage en trois classes : les docteurs, les chirurgiens et les apothicaires; ces derniers, qui constituent encore la masse des médecins-praticiens, ne sont pas payés à la visite, comme les *physicians*, mais en raison de la quantité de médicaments employés pendant la durée du traitement. Ainsi que son appellation l'indique l'apothicaire (apothicary), prescrit et fournit les remèdes; son intérêt se trouve donc lié à en employer le plus grand nombre possible. Du reste, si, obéissant à ses bons instincts, à sa raison, il se tenait dans une sage réserve, venant heurter un vieux préjugé et de vieilles coutumes, il verrait immédiatement sa réputation tomber. En Angleterre, guérir d'abord, oui, mais avec beaucoup de drogues, constitue le type du bon praticien aux yeux des masses.

Polypharmaque n'est pas à proprement parler l'épithète applicable à la médecine anglaise, car ce n'est point par ignorance et confiance aveugle qu'elle applique un nombre aussi considérable de médicaments, c'est par nécessité, et la nécessité rend industrieux, on le sait. Aussi vous raconter le savoir-faire, l'habileté avec lesquels on dresse certaines formules serait difficile. A un bourgeois de Londres, lorsqu'il est indisposé, il faut dans la journée sa fiole et son paquet, et si le soir on avait oublié de lui envoyer sa pilule, il se dirait très-mal soigné.

Cet usage, on le pense, a dû faire bondir certains cœurs droits et honnêtes : nous en connaissons qui ont longtemps combattu des usages aussi monstrueux; mais que faire lorsque ces abus ont été sucés avec le lait de la nourrice? aussi, de guerre lasse, ils ont dû céder et descendre du rôle de médecin à celui d'apothicaire.

Pour la chirurgie, une autre cause non moins évidente l'enserre dans la ligne de conduite qu'elle tient; on fait usage en Angleterre de peu de linge de fil, surtout de toile propre à fournir de la charpie; les chirurgiens manquent donc de matériaux pour les pièces d'appareils.

Tout se lie et s'enchaîne : le manque des objets dont se doit composer le matériel des pansements est la cause première de cette tendance bien tranchée que l'on observe dans la pratique des chirurgiens anglais, de chercher à prévenir la suppuration des plaies. Qu'elles

succèdent à une opération ou qu'elles soient le résultat d'un accident, ils tentent la réunion immédiate. Nous ne discuterons pas ici la valeur de ce point de doctrine; appliquée dans de sages limites, cette pratique est excellente, et tend tous les jours à gagner des partisans en France. Bornons-nous à tracer la manière de faire que nous avons vu mettre en pratique dans les hôpitaux de Londres.

Bien que nous soyons persuadé que notre manière de faire les pansements soit préférable, la pratique des chirurgiens anglais pourrait être quelquefois imitée par nos confrères qui, exerçant dans les campagnes, manquent aussi des objets qu'ils croient indispensables. Cette opinion, ils se la sont faite pendant leur séjour dans les hôpitaux, où, il faut le reconnaître, le linge et la charpie sont employés, je dirai, presque à profusion. La manière générale dont se font les pansements dans les hôpitaux de Londres pourra donc leur suggérer quelques ressources. Elle leur enseignera encore à simplifier les pansements.

La charpie est remplacée en Angleterre par une toile tissée pour cet usage ; nous ne pouvons mieux la comparer qu'à ces étoffes de coton, qu'on désigne sous le nom de futaine. Seulement le côté crêpé est peigné avec beaucoup de soin, et c'est ce côté garni de duvet que l'on met en contact avec la plaie. Lorsque la suppuration devient abondante, cette toile-charpie ne pouvant absorber tout le pus sécrété, on place par-dessus des gâteaux d'étoupes, et lorsque la déclivité des parties le commande, les pièces de l'appareil sont maintenues à l'aide de longues bandelettes agglutinatives. Je laisse à penser la consommation énorme qu'il doit se faire de sparadrap dans les hôpitaux de Londres, puisque les chirurgiens n'emploient guère d'autres moyens contentifs. J'ai examiné leur sparadrap, et l'ai trouvé préparé avec plus de soin que le nôtre.

Ainsi, pas de bandes ni de compresses. Et cependant il n'en est pas de celles-ci comme de la charpie, les tissus de coton qui sont si communs en Angleterre pourraient, sans inconvénient, être substitués à la toile dans cette portion des pièces des appareils de pansement. Les bandes ne sont guère employées dans les hôpitaux de Londres que pour établir la compression, et le plus souvent elles sont faites avec la flanelle. Les compresses en tissu de coton pourraient encore servir à recevoir les cataplasmes ; les chirurgiens anglais préfèrent les étendre sur une couche d'étoupes.

Telles sont les particularités qui caractérisent le mode de pansement et qui sont communes à tous les services de chirurgie. Cette routine subsistera encore longtemps, car elle ne tient pas seulement au manque de matériaux, mais encore à ce que les pansements sont laissés pour la

plupart aux infirmières qui, du reste, nous ont paru plus intelligentes que les nôtres. Les plaies graves seules sont pansées par les jeunes chirurgiens qui remplissent, dans les hôpitaux, les fonctions d'internes; jamais le chef de service ne fait lui-même le pansement des plaies qui résultent des amputations, ainsi que cela a lieu dans tous les hôpitaux de Paris.

Cette ligne de conduite adoptée par les chirurgiens anglais produit une règle invariable dans le mode des pansements. On ne rencontre pas chez eux la diversité qui caractérise les services de chirurgie de nos hôpitaux ; on n'y rencontre pas les fractures traitées ici par les appareils amidonnés, là dextrinés; plus loin, maintenues par l'appareil classique ; à côté, abandonnées à la simple contention. Jamais ces essais que la mode chirurgicale enfante : les bandes imprégnées de collodion, les gouttières en gutta-percha ; ou ces procédés ingénieux qui n'ont pas, jusqu'ici, acquis droit de domicile dans la science : des griffes de fer qui réunissent les deux portions brisées de la rotule, des fiches de cuivre qui forcent les deux fragments d'un tibia à rester en contact.... L'uniformité que nous signalons dans la pratique des pansements des plaies tient tellement à cette sorte de délaissement des détails, que vous ne la retrouvez plus lorsqu'il s'agit des procédés opératoires. Chacun cherche à mieux faire, à apporter sa part, et à marquer son nom. L'imagination prend là ses ébats, et dépense en procédés hardis ce qu'elle ne dépense pas en menue monnaie. Si elle ne produit pas toujours de véritables conquêtes, ces tentatives portent sousouvent l'empreinte du génie chirurgical.

Telle est la résection des extrémités osseuses dans les fausses articulations, proposée par White, et qui a déjà subi de notables améliorations que nous avons signalées dans une de nos dernières livraisons. Mais c'est principalement par ses cas de succès au moyen de la résection des parties articulaires des os du coude affectés de carie, substituée à l'amputation, que White a inscrit son nom dans les fastes de la chirurgie. N'est-ce pas A. Cooper qui, le premier, a appliqué la méthode de Hunter à la cure des anévrysmes de la carotide, en liant le vaisseau au-dessous de la tumeur, et qui a pratiqué la ligature de l'iliaque externe dans les anévrysmes du pli de l'aine, tumeurs que l'on avait jusque-là considérées comme incurables? Depuis, les malades sur lesquels ces opérations ont été faites ont payé leur dette à l'humaine nature, et les pièces anatomiques, témoignages de ces succès, ont été préparées avec le plus grand soin, et se trouvent conservées aujourd'hui dans le musée du Collége des chirurgiens, où nous les avons vues.

Les chirurgiens anglais ont plus de hardiesse, et sont plus que nous

amis des nouveautés et des tentatives extraordinaires; citons M. Wackley, que nous avons connu il y a quelques années à Paris, où, comme beaucoup de jeunes chirurgiens anglais d'avenir, il n'avait pas dédaigné, quoiqu'il possédât tous ses grades, de prendre le tablier d'élève dans nos hôpitaux afin de mieux connaître notre pratique. M. Wackley nous a fait voir dans son hôpital un malade auquel il avait enlevé l'astragale et le calcanéum. Le succès est complet, et témoigne d'une grande habileté chirurgicale ; mais le procédé restera-t-il dans la science? la sanction du temps et de l'expérience ne lui manquera-t-elle pas, comme à beaucoup d'inventions de la chirurgie anglaise?

Cette unanimité dans la manière de faire les pansements, de traiter les fractures, choses qui, par leur nature, prêtent si facilement à une pratique diverse, tient aux causes particulières que nous avons signalées : le trait le plus saillant de la chirurgie anglaise, nous l'avons dit, est de tenter la réunion immédiate des plaies, particulièrement celles qui succèdent aux amputations. Malgré ce but commun, tous les chirurgiens n'adoptent pas les mêmes procédés opératoires; quoique la méthode à lambeaux soit celle qui permette une coaptation plus exacte des parties divisées, et la plus propre à amener la réunion par première intention, quelques-uns cependant appliquent la méthode circulaire.

Il est surprenant qu'aucun chirurgien anglais n'ait cherché à élever en corps de doctrine cette méthode des lambeaux, n'ait pensé à n'en tailler qu'un seul, qui serait emprunté aux parties les plus élevées du membre, de façon à ce que, retombant par son propre poids, il facilitât le maintien. Nous ne pouvons mieux terminer cette note qu'en plaçant sous les yeux de nos lecteurs le travail que M. Sédillot vient de lire à l'Académie des sciences ; il nous paraît résumer les tendances de la chirurgie en Angleterre.

DES MOYENS D'ASSURER LA RÉUSSITE DES AMPUTATIONS DES MEMBRES,

par le professeur C. Sédillot.

On est profondément attristé des révélations apportées par les statistiques des amputés. La mort, si l'on en croyait ces documents, atteindrait la plupart des blessés soumis au couteau des chirurgiens, et c'est à peine si l'on parviendrait à sauver un tiers ou la moitié des opérés. Ce seraient là des résultats déplorables ; mais on peut en dire : vérité en deçà, erreur au delà ; car si de pareils faits sont l'expression vraie de la pratique parisienne, ils manquent d'exactitude dans un grand nombre d'hôpitaux de la province où des conditions hygiéni-

ques meilleures, moins d'encombrement, des constitutions plus saines et des soins plus assidus rendent les succès beaucoup plus fréquents.

On ne saurait se dissimuler néanmoins qu'une amputation ne soit, en tout cas, une opération fort grave, et que l'art n'ait de grands progrès à accomplir pour en diminuer les dangers.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur quelques points de pratique auxquels nous attribuons une importance capitale, et la plus grande part de nos habituels succès. Nous avons pratiqué depuis quinze mois douze amputations : une de la cuisse, six de la jambe, une du pied (tibio-tarsienne), une du gros orteil, une du bras, de l'avant-bras et de l'articulation métacarpo-phalangienne. Sur ce nombre total nous n'avons compté qu'un mort, et encore était-ce l'opéré de l'orteil, par conséquent le blessé dont l'amputation était le moins redoutable, circonstance qui ne fut pas sans influence sur ce malheureux résultat, en raison de la funeste sécurité qu'elle nous inspira. Nous donnerons plus loin quelques détails sur chacune de ces amputations, toutes pratiquées publiquement aux cliniques de la Faculté de médecine et de l'hôpital militaire, et nous commencerons par exposer les principes chirurgicaux auxquels nous en rapportons la réussite.

Les chirurgiens se sont particulièrement proposé, dans le choix de leurs procédés opératoires, d'éviter la saillie de l'os ou la conicité du moignon. Les amputations en quatre temps, dans lesquelles on divise successivement la peau, les muscles superficiels, les muscles profonds et l'os du membre, ont pour principal avantage de former un cône profond dont la circonférence est représentée par les téguments et la partie la plus élevée par l'os, ainsi profondément caché dans les chairs.

De quelque manière que l'on pratique l'amputation circulaire si généralement adoptée par les chirurgiens de nos jours, il est de toute nécessité d'obéir à cette première et, pour ainsi dire, unique indication.

En supposant l'opération bien faite, cette même indication se représente, et persiste jusqu'à la fin de la cure. La saillie de l'os est une sorte de menace perpétuelle suspendue sur la tête du chirurgien ; car si le moignon était abandonné à lui-même, les muscles se rétracteraient rapidement au-dessus du niveau de la section osseuse, entraîneraient les téguments, et détermineraient immanquablement la conicité du moignon.

On est donc obligé, pour parer à ce grave inconvénient, de comprimer l'origine du membre au moyen d'un bandage circulaire, pour prévenir la contraction musculaire, soutenir les parties molles, et maintenir les téguments allongés au delà de la plaie qu'ils doivent servir à fermer.

On réunit, en outre, la peau avec des bandelettes agglutinatives ou des points de suture ; on enveloppe le moignon d'un linge cératé, de

plumasseaux, de compresses, et on assujettit le tout avec une bande roulée, assez fortement serrée pour immobiliser l'appareil.

L'opéré reste dans cet état quatre ou cinq jours ; cependant quelques chirurgiens, et M. Guersant fils est du nombre, sont revenus aux anciens usages, et recommandent de renouveler le pansement dès le lendemain de l'amputation.

Toute la génération chirurgicale actuelle a été élevée dans la crainte des pansements fréquents, et il faut que des accidents évidents soient venus frapper de discrédit cette doctrine, pour qu'on ait commencé à l'abandonner hautement, malgré les préceptes et l'exemple des chirurgiens les plus renommés.

N'avons-nous pas tous entendu cent fois répéter que l'appréhension des amputés pour la levée du premier appareil tenait à la vieille coutume où l'on était autrefois de procéder au pansement avant que la suppuration se fût complétement établie? Dans ce cas, les linges et la charpie étaient adhérents, desséchés, durcis par l'infiltration de la sérosité et du sang ; on ne parvenait pas à les humecter, et il en résultait des tiraillements extrêmement douloureux pour les malades ; l'arrachement des ligatures, la rupture des réunions commencées, etc. Avec la précaution d'attendre l'imbibition de l'appareil par le pus, le premier pansement avait lieu sans difficultés et sans douleur, et l'appareil se détachait souvent tout d'une pièce et en forme de calotte.

Comment donc se fait-il qu'une si excellente pratique rencontre des contradicteurs ? Nous l'avons dit et imprimé souvent depuis une douzaine d'années, et nous le répéterons encore : les pansements sont une des grandes causes de la mortalité des amputés, par les graves accidents auxquels ils donnent lieu.

Le moignon est étranglé par un appareil inextensible ; les bords de la plaie le sont par les bandelettes et les sutures. Les liquides, sang, sérosité et pus, retenus dans la plaie, compriment les chairs, font obstacle à la circulation, amènent l'œdème, le gonflement, l'inflammation, des érysipèles, des foyers purulents, la fonte ulcéreuse des tissus, des phlébites, l'érosion des veines, la pyohémie, la carie et la nécrose de l'os, etc.

Que tous les chirurgiens fassent appel à leurs souvenirs, et qu'ils se demandent s'ils n'ont pas vu, à la levée du premier appareil, la peau œdématiée, couverte de phlyctènes dans l'intervalle des bandelettes agglutinatives, frappée de rougeur érysipélateuse ; un pus sanieux et fétide s'écouler de l'intérieur du moignon, et tous les malades accuser un soulagement marqué après le pansement. Qui n'a été témoin de ces plaies en apparence réunies presque en totalité, et qu'il fallait agrandir pour faciliter l'écoulement du pus rassemblé au-dessus d'un pertuis fis-

tuleux en large foyer? Combien d'abcès et de fusées purulentes ont compromis de guérisons; que de caries et de nécroses qui retardent indéfiniment la cure !

Ce sont là des faits très-fréquents, faciles à constater dans tous les services hospitaliers, et l'on ne s'étonne plus de trouver des praticiens disposés à multiplier les pansements, pour préserver leurs malades de si redoutables chances.

Sans doute, je crois plus avantageux de lever le premier appareil au bout de vingt-quatre heures, et de s'assurer de l'état du moignon, que d'attendre quatre ou cinq jours dans une ignorance complète des conditions de la plaie; mais les pansements, en eux-mêmes, sont fatigants, douloureux, exposant aux refroidissements et par suite au tétanos; ils exigent un temps très-long et doivent être confiés à des aides dont l'expérience n'égale pas le zèle. Une hémorrhagie ne peut être immédiatement reconnue. Le membre amputé est trop ou trop peu comprimé, les bandes se relâchent, les chairs ne sont plus suffisamment soutenues; les muscles se rétractent, et, malgré la perfection de la manœuvre opératoire, l'os fait saillie, s'altère, et la vie du malade reste compromise.

Un bandage bien fait est un faible palliatif des inconvénients que nous venons de signaler, et le remède doit être plus énergique et plus complet. Dès que les pansements fréquents ou retardés aggravent les dangers des malades, la question est tranchée et il faut les supprimer. Supprimer les pansements peut sembler incompréhensible aux praticiens nourris dans le respect du plumasseau et de la bande; et c'est cependant une réforme que nous avons adoptée, et à laquelle nous attribuons nos succès. Mais comment alors prévenir la rétraction des chairs, la conicité du moignon, et obtenir la cicatrisation de la plaie? Par un moyen très-simple et très-facile. Les pansements n'ont pour but que de maintenir mécaniquement en contact les bords de la plaie. Si ces derniers restent spontanément affrontés, les pansements deviennent donc inutiles, et tel est le but que nous nous proposons en abandonnant l'amputation circulaire, et en recourant à la méthode d'un seul lambeau antérieur comprenant les deux tiers de la circonférence du membre. Le dernier tiers est coupé perpendiculairement au niveau des angles du lambeau; on dénude l'os plus ou moins haut, selon les indications, et le lambeau retombant sur la plaie par son propre poids, la recouvre et la ferme, sans l'indispensable secours d'un appareil de pansement.

Un linge ployé en double et de deux travers de doigt de largeur, trempé dans le digestif, est appliqué sur l'os, de manière à constituer un canal central pour l'écoulement des liquides. Deux épingles à suture

coudent et maintiennent les angles du lambeau, jusqu'au moment où l'induration inflammatoire s'en est emparée, et l'on peut espérer une réunion immédiate latérale, sans rétention du pus dans la plaie, puisque l'extraction du linge central laisse, au bout de trois à quatre jours, une cavité verticale dans laquelle le sang et le pus ne sauraient s'accumuler.

Le moignon reste à nu, exposé aux regards du chirurgien ; et les moindres accidents sont sur-le-champ aperçus et soumis à un traitement convenable. Si l'on veut recourir au froid ou à la chaleur, la plaie reste toujours accessible et serait couverte à volonté de glace ou de coton.

Les fomentations se font avec des pièces de molleton de laine taillées carrément, et les lotions, embrocations, frictions, injections, etc., sont faciles. Le pus répandu sur le drap d'alèze ne contracte pas d'odeur, et dans le cas où le membre serait agité de soubresauts, on l'assujettirait avec un mouchoir ou toute autre pièce de linge dont les extrémités seraient fixées au lit ou aux côtés du cerceau destiné à supporter le poids des couvertures.

Nous avons la précaution d'abattre l'angle antérieur des diaphyses osseuses, pour empêcher la trop grande irritation des tissus en contact, et l'interposition d'un linge pendant les premiers jours nous paraît concourir à ce résultat. La saillie de l'os devient dès lors impossible, à moins de perforation de toute l'épaisseur du lambeau, ce qui n'arrive pas quand on a eu le soin de couper l'os assez haut.

Ce n'est pas seulement, du reste, dans le but d'éviter la conicité du moignon et de pouvoir supprimer les pansements, que nous avons eu recours à cette méthode ; nous avons eu principalement en vue, en l'adoptant, de prévenir la rétention des liquides dans la plaie ; tel est, on ne saurait trop le redire, le plus grand danger de toutes les opérations chirurgicales ; là est l'explication des réussites et des insuccès, et cette indication est peut-être la plus importante de la chirurgie. Nous repoussons l'amputation circulaire et les pansements, parce que ces procédés exposent à la rétention du pus, et nous devions dès lors disposer le moignon de nos amputés de manière à ce que ce péril n'existât pas.

Aussi, par lambeau antérieur, n'entendons-nous pas un lambeau formé aux dépens de la face dite antérieure des membres. Nous mettons ici le langage chirurgical en opposition avec le langage anatomique. Pour nous, la face antérieure de l'avant-bras est la région postéro-externe ; au bras, la région externe.

Nous admettons néanmoins toutes les modifications apportées par la nature des lésions, les délabrements subis, la forme des membres, les nécessités opératoires ; mais nous ne cessons de recommander à l'homme de l'art de se proposer pour but principal, dans ses amputations, d'éviter la rétention des liquides ; la suppression des pansements et

de la conicité du moignon viennent seulement en deuxième ligne.

La méthode à un seul lambeau antérieur n'est pas fort ancienne et n'a jamais été généralisée. Il est même assez curieux de trouver les premiers lambeaux uniques formés aux dépens de la face postérieure des membres, tels qu'à la jambe, au genou. Ce seul fait montre combien on méconnaissait l'importance des considérations que nous avons exposées.

M. Manec avait préconisé un seul lambeau antérieur pour l'amputation coxo-fémorale; M. Hello a obtenu par la même méthode de nombreux succès de l'amputation de cuisse; MM. Malapert et Marmy ont proposé un seul lambeau antérieur pour la désarticulation de l'épaule, et un unique lambeau dorsal était depuis longtemps pratiqué pour l'amputation du poignet.

Le partisan le plus avancé de cette méthode est néanmoins M. Baudens. Ce chirurgien l'a appliquée le premier avec succès aux désarticulations de la cuisse, du genou et du pied; il a fait valoir les avantages d'un lambeau retombant sur la plaie par son propre poids, et le petit lambeau postérieur qu'il avait l'habitude de conserver, était trop court pour altérer le caractère de la méthode.

C'étaient là des tentatives d'une haute valeur chirurgicale, et si quelques-unes n'ont pas été acceptées, telles que le lambeau dorsal du pied pour l'amputation tibio-tarsienne, la cause doit en être rapportée aux dispositions particulières du membre, et à la nécessité de conserver autant que possible les téguments du talon, pour rendre la sustentation directe plus facile.

Nos procédés d'amputation : médio-tarsienne, mis en usage avec un succès complet par M. Robert; du pied à un seul lambeau interne; de la jambe à lambeau externe, employés avec des succès presque constants par MM. Pastoret, Goffres, Marmy, Millot; les guérisons que j'ai obtenues de l'amputation dans la continuité et la contiguité de la cuisse par le lambeau unique antérieur; et les mêmes exemples répétés pour le membre supérieur, montrent assez avec quelle insistance j'ai toujours poursuivi la réalisation des indications déjà signalées, et dont les plus essentielles étaient, à mes yeux, et de prévenir la rétention du sang, de la sérosité et du pus, et ensuite, comme nous l'avons répété, de prévenir la saillie osseuse, et de supprimer les inconvénients des pansements.

Jamais cependant, jusqu'à ce jour, nous n'avions aussi nettement précisé nos idées à cet égard, et en les érigeant en doctrine, nous croyons les rendre intelligibles, et en mieux faciliter la discussion et l'adoption.

— L'espace nous manque pour reproduire les observations que rapporte l'habile professeur de Strasbourg à l'appui de sa pratique; nous examinerons prochainement les deux points dont elle se compose : la

méthode opératoire, puis la suppression des pansements. M. Félix Legros vient réclamer la priorité de la méthode opératoire. En effet, dans une note publiée en 1834 par le Journal des connaissances médico-chirurgicales, les avantages de l'amputation à un seul lambeau des membres à un seul os y sont nettement formulés par M. F. Legros. Quant à la suppression des pansements, nous devons dire, et sans rien préjuger d'un seul, fait que M. Guersant fils nous a rendu témoin, il y a quelques jours, d'une plaie d'amputation traitée par cette méthode, et que le résultat en a été fort peu satisfaisant : les points de suture ont déchiré les bords de la plaie, et leur écartement a pris des proportions insolites !

CHIMIE ET PHARMACIE.

MÉTHODE GÉNÉRALE D'ANALYSE CHIMICO-LÉGALE POUR LA RECHERCHE DES POISONS MÉTALLIQUES.

Une méthode, sinon générale, ce qui est une impossibilité, du moins une méthode d'analyse médico-légale applicable dans sa partie préparatoire à la recherche de plusieurs poisons importants à la fois, doit être considérée comme une bonne fortune pour les experts toxicologues. En effet, qu'arrive-t-il en suivant les indications fournies par les traités de toxicologie? L'expert qui a à rechercher, dans une matière suspecte, l'existence d'un poison dont il ignore la nature, est obligé à chaque insuccès, et quelquefois ils sont nombreux, de faire succéder une analyse à une autre jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la découverte d'un poison; et même, lorsqu'il est arrivé à ce résultat, est-il encore obligé moralement d'expérimenter sur de nouveaux frais pour s'assurer s'il n'y a pas présence de plusieurs poisons à la fois. Le travail dont nous rendons compte a pour but d'exempter de ces opérations multiples et des lenteurs qui en sont la conséquence. Espérons que la pratique confirmera les résultats annoncés par l'auteur.

Pour la recherche de l'antimoine, M. Millon a suivi un procédé qui consiste à détruire la matière organique par l'action combinée de l'acide chlorhydrique et du chlorate de potasse. Un médecin brésilien, M. Abreu, dans un travail qu'il a présenté à l'Académie des sciences, a fait voir qu'en le modifiant ainsi que nous l'allons voir, ce procédé était applicable à la recherche des principaux poisons métalliques; de sorte que cette dernière se trouve réduite à ce simple problème : *un ou plusieurs métaux étant donnés au sein d'une matière organique, déterminer leur nature.*

Voici comment on opère : on commence par examiner attentivement à l'œil nu, ou plutôt à la loupe, les substances rendues par les vomissements et les selles, les matières trouvées dans le canal digestif, et la surface muqueuse du même canal. En supposant qu'aucun indice ne résulte de cet examen physique, voici comment il faut procéder : diviser, avec des ciseaux, en très-petits morceaux, la matière à analyser, en prendre un poids connu ne dépassant pas 200 grammes, et l'introduire dans un ballon de 2 litres, avec la moitié de son poids d'acide chlorhydrique pur et fumant. Au col du ballon est adapté un bouchon perforé de deux trous, dont l'un est destiné à recevoir un tube de 55 à 60 centimètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre intérieur, plongeant de quelques millimètres dans l'acide chlorhydrique. De l'autre ouverture part un tube recourbé à angle droit, dont la seconde branche verticale plonge, à travers un bouchon, dans de l'eau distillée contenue dans une éprouvette. Le bouchon de celle-ci présente un second trou destiné à recevoir un tube droit qui ne plongera pas dans l'eau.

Les choses ainsi disposées, on place le ballon sur un bain de sable et l'éprouvette dans l'eau froide, qu'on renouvellera de temps en temps. On maintient le sable à une température voisine du point d'ébullition du liquide ; cela pendant quatre ou cinq heures au moins, et en agitant de temps en temps le ballon. La matière organique se délaye et forme avec l'acide un liquide dense et homogène. Alors on fait bouillir ce liquide à feu nu pendant deux ou trois minutes ; puis on introduit peu à peu des cristaux de chlorate de potasse par le gros tube, dans la proportion de 16 à 18 gramm. pour 100 gramm. de matière en expérimentation. On a soin d'agiter continuellement le ballon.

Il se produit une vive réaction, avec dégagement de gaz chlore, et le liquide devient limpide. On laisse refroidir, on filtre le liquide, on le mélange à l'eau de l'éprouvette et à celle provenant du lavage du résidu resté sur le filtre. On fait passer un courant de gaz sulfhydrique bien lavé à travers le liquide et pendant longtemps, et on l'abandonne jusqu'au lendemain dans un flacon bouché. Dans tous les cas, il se formera un précipité plus ou moins pesant, dans lequel on retrouvera l'un des métaux suivants que comprend la méthode :

Arsenic.	Mercure,	Plomb.
Antimoine.	Cuivre.	Argent.

Si, indépendamment du soufre, ce précipité contenait de la matière organique, on l'en débarrasserait en le jetant sur un filtre sans plis, le lavant et le faisant bouillir dans un petit ballon, avec son poids d'acide chlorhydrique, et quelques fragments de chlorate de potasse. La réac-

tion terminée, on ajoute un peu d'eau distillée, et on chauffe avec précaution pour chasser le chlore libre. On filtre et on obtient un liquide limpide, à peine safrané, et dans lequel on doit retrouver les métaux ci-dessus, si la matière essayée en contenait.

Quant au *zinc* et à *l'argent*, que la méthode atteint également, le premier n'étant pas précipitable par l'acide sulfhydrique au sein d'une liqueur acide, il faudra le chercher dans le liquide filtré après l'action de l'acide sulfhydrique; le dernier, lui, ne pouvant se trouver qu'à l'état de chlorure insoluble, on le recherchera dans le résidu de la première filtration.

C'est dans le liquide obtenu en dernier lieu, que M. Abreu recherche le toxique. D'abord il recherche simultanément l'arsenic et l'antimoine au moyen de l'appareil de Marsh; ensuite il recherche, par leurs réactifs respectifs, le mercure, le cuivre, le plomb et l'étain dans le liquide de l'appareil, après avoir dissous dans l'eau régale tout ce qui s'est déposé au fond du flacon.

PÉTROLE ET NAPHTE ; LEURS USAGES THÉRAPEUTIQUES ; SAVON PÉTROLÉ.

Plusieurs années déjà se sont écoulées depuis que le docteur Serres (d'Alais) est venu appeler l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* sur l'efficacité de l'huile de cade contre les affections de la peau, notamment les formes prurigineuses et squammeuses : propriété remarquable que les expérimentations cliniques de MM. Gibert et Devergie sont venues confirmer. Le docteur Andrew Ure, dans un récent article, signale de son côté les propriétés antidartreuses d'un produit qui, chimiquement et physiquement, s'en rapproche beaucoup, nous voulons parler du pétrole, nommé aussi *huile de pétrole, huile de pierre ou huile minérale.* Ce bitume liquide, qui sourd dans un grand nombre de pays du sein de la terre, où, sans nul doute, il est produit par une distillation spontanée exercée sur des végétaux qui s'y trouvent enfouis depuis les premiers âges du globe, paraît aussi avoir été employé par les médecins anciens, dans les mêmes cas que l'huile de cade.

Le pétrole, dit le docteur Ure, peut être employé à l'intérieur pour détruire l'inertie des intestins, en déterminant des évacuations et stimulant l'économie. Mais c'est surtout comme remède externe, dans le traitement des affections cutanées, qu'il se recommande. Il peut être employé en nature ou dissous dans une huile, de l'alcool ; mais sous ces formes il agit trop comme rubéfiant. Un bon moyen de l'employer comme antidartreux est de lui faire revêtir la forme d'un savon.

On l'incorpore en proportions convenables dans du savon mou, c'est-à-dire non encore terminé, et au bout de quelques jours on obtient un *savon pétrolé* dont les malades se servent avec de l'eau, comme de savon ordinaire, pour laver les parties affectées.

Selon le docteur Ure, par ce mode de traitement, les pores de la peau mis à nu retiennent une légère couche de pétrole qui agit ainsi efficacement. Le savon pétrolé est, dit-il, un remède souverain contre les boutons de chaleur des régions tropicales, de même que contre les éruptions inflammatoires accidentelles de la peau de nos climats.

Avant la remarque du docteur Ure, on connaissait quelques propriétés médicales du pétrole; ainsi on le savait vermifuge, antispasmodique, rubéfiant. Mais il faut dire que, sauf dans la médecine vétérinaire, son emploi est nul; cependant ce produit naturel nous semble posséder des propriétés réelles et même énergiques. Pour qui connaît l'efficacité du goudron dans les maladies de la peau, celle que le docteur Ure accorde au pétrole n'a rien de surprenant, en raison de l'analogie que ces deux produits pyrogénés présentent entre eux, ainsi qu'avec l'huile de cade.

Dans le terrible fléau qui nous menace, le pétrole, comme le *naphte*, qui n'en est qu'une variante, et dont la vertu anticholérique paraît avoir été reconnue, le pétrole, disons-nous, employé, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, semble devoir prendre place parmi les moyens de secours à lui opposer, en raison de ses propriétés stimulantes, rubéfiantes et antiputrides.

Relativement à l'emploi du naphte dans le choléra asiatique, il résulte de correspondances médicales qu'il a été mis en usage avec succès dans la Circassie. D'après le docteur Andreyoski, médecin en chef de l'armée russe, le naphte, à la dose de quatre à huit gouttes, est un remède infaillible contre la diarrhée cholérique qui règne dans le Caucase pendant certaines saisons. Une seule dose de ce médicament, dans du vin blanc ou un infusé de menthe, suffit pour rendre aux garderobes leurs qualités normales. Dans les attaques du véritable choléra asiatique, il faut administrer quinze à vingt gouttes de naphte; et la guérison n'est pas aussi certaine que dans le premier cas.

L'*Elixir de Woronejé* est préparé comme suit:

Esprit-de-vin............	4 litres.	
Sel ammoniac............	4	grammes.
Nitre purifié.............	4,75	—
Poivre....................	4,75	—
Eau royale...............	2	—
Vinaigre de vin...........	750	—

Naphte................	2	grammes.
Huile d'olive............	15	—
Essence de menthe poivrée.	250	—

Le tout digéré pendant deux heures. Dose : deux petites cuillerées tous les quarts d'heure.

Le docteur Andreyoski, instruit de la remarque faite que les cosaques qui faisaient usage de cet élixir étaient généralement ménagés par le choléra, supposa que le naphte était le principal agent de cette composition ; il l'employa, et en obtint du succès même dans le choléra confirmé avec cyanose et crampes.

Nous soumettons toutes ces donnécs à l'appréciation des praticiens.

D.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des luxations congéniales du fémur, etc., par le docteur Ch. G. Pravaz, *directeur de l'Institut orthopédique et pneumatique de Lyon*, etc. Un vol. in-4°, avec fig., 1847.

Quelques mots tracés par le père de la médecine touchant les luxations congéniales du fémur avaient été oubliés ; les auteurs du moyen âge et des temps modernes avaient négligé un pareil sujet, et les mémoires de Palleta avaient eu peu de retentissement, lorsque Dupuytren appela sur une lésion aussi intéressante l'attention des praticiens de nos jours. Mais les recherches de ce grand chirurgien et celles de son digne émule Delpech laissaient bien des lacunes à combler, et concluaient à l'impuissance de la thérapeutique. Plus récemment M. Humbert s'éleva avec une apparence de succès contre ce fâcheux pronostic donné par de si illustres prédécesseurs ; il assura la guérison régulière des luxations congéniales de la hanche, et trouva dans une grande récompense de l'Institut une approbation de ses efforts et de ses succès. Toutefois, les études plus attentives de Breschet, de M. Pravaz, etc., contestèrent la réduction de la tête du fémur dans l'ancienne cavité cotyloïde, et l'observation clinique vint en effet montrer que l'extrémité pelvienne du fémur avait été ramenée et maintenue tantôt dans le trou ovalaire, tantôt dans la grande échancrure sciatique. La question reprit donc une face nouvelle, et la réduction de l'acétabulum primitif semble désormais impossible, à raison surtout de la déformation entière et supposée constante de cette dernière cavité.

Tel était, en peu de mots, l'état de la science tout récemment, lorsque le savant praticien de Lyon consacra à l'étude et au traitement des luxations de la hanche ses vastes connaissances, ses recherches spé-

ciales et ses efforts soutenus. Après plusieurs années d'essais thérapeutiques dans le bel établissement qu'il dirige, M. Pravaz publia plusieurs Mémoires sur les résultats qu'il avait obtenus; après avoir amassé de précieuses données, et avoir opéré des guérisons régulières et authentiques, il vient d'en publier le savant exposé dans le beau travail dont nous faisons ici une faible analyse. Cherchant à connaître et à mentionner toutes les richesses que la science possède sur le sujet de son ouvrage, l'auteur n'a pas de peine à prouver combien elles sont imparfaites jusqu'au célèbre auteur italien; les notions anatomo-pathologiques fournies par Palleta, en 1788, sont en effet, bien mieux que l'observation de Kerkring, la source des inspirations de certains auteurs de notre siècle. Les malformations de l'articulation coxo-fémorale, la disposition d'une nouvelle articulation dans la fosse iliaque externe, le mécanisme du déplacement alternatif de la tête du fémur pendant la marche, enfin la plupart des caractères anatomiques et physiologiques sont dès lors mieux appréciés par Dupuytren, Delpech, Breschet, Caillard, Bioninère, Duval, Humbert, Pravaz, etc.

Comment rétablir la tête du fémur dans un cotyle presque effacé, disait-on; comment y maintenir un os lui-même profondément déformé, et rendre à l'individu la faculté de se servir régulièrement d'un pareil membre? Telle était la principale question toujours soulevée, même et surtout après le remarquable livre de l'orthopédiste de Morley. M. Pravaz a répondu victorieusement à la faveur d'une série de recherches, d'essais et de résultats dont nous ne pouvons donner qu'un bien léger aperçu. Et d'abord le cotyle n'est que fort rarement effacé; presque toujours il existe avec des dimensions variables, une forme triangulaire, et un fond occupé en partie par une masse cellulo-graisseuse. La tête du fémur, parfois entièrement atrophiée, est le plus souvent saillante et diversement conformée. La capsule, constituée surtout aux dépens des tissus environnants, s'étend du pourtour de l'acétabulum à la fosse iliaque et permet l'ascension du fémur sur une gouttière intermédiaire exercée sur l'os coxal. Toutefois, quoique la plus commune, cette conformation anormale est remplacée par une disposition anatomique très-intéressante, car elle est beaucoup plus favorable à la guérison régulière des luxations de la hanche. Les faits empruntés à Vrolick, au professeur Blandin, etc., ont montré au célèbre praticien de Lyon qu'en certains cas la tête du fémur est simplement déplacée sur le rebord de la cavité cotyloïde, d'ailleurs assez bien conformée; qu'en certains autres, cette même partie du fémur est suspendue au-dessous de l'acétabulum par la capsule; enfin que chez plusieurs individus l'enveloppe fibreuse a seulement une laxité insolite.

Nous ne pouvons suivre l'habile praticien de Lyon dans son appréciation des causes diverses signalées déjà touchant les luxations congéniales du fémur ; il lui semble que la plupart de ces lésions peuvent être rapportées à trois causes efficientes distinctes, *en conservant un élément étiologique commun*, qui consiste dans la position des membres du fœtus au sein de la mère, position dont Dupuytren et M. Bonnet de Lyon ont fait ressortir l'importance. Sous l'influence de cette condition commune, les dislocations coxo-fémorales sont déterminées, soit par des violences agissant sur l'utérus et son produit, soit par la contraction spasmodique des muscles périarticulaires, ou bien enfin par une hydarthrose. Le diagnostic et le pronostic sont étudiés avec une grande sagacité par l'auteur de ce beau travail. Toutefois nous avons été plusieurs fois péniblement affecté d'y trouver une certaine hostilité envers des hommes justement estimés, et auxquels M. Pravaz ne rend pas actuellement la justice qu'il leur a manifestée en d'autres temps. Ainsi, exposant le même sujet dans le Dictionnaire en 30 volumes, l'habile orthopédiste écrit en 1833 : « On ne saurait représenter cette sorte d'attitude (des malades) d'une manière plus pittoresque qu'en la comparant, comme l'a fait Delpech, à celle d'un chien qui se tient debout sur ses pattes de derrière. » D'après ce passage de M. Pravaz, il conste que l'auteur de l'Orthomorphie a observé et bien saisi des cas de luxations congéniales de la hanche. Et cependant le même écrivain dit aujourd'hui : « Delpech, qui n'a jamais rencontré ou du moins connu de luxation congéniale du fémur... » Les faiblesses humaines pèsent toujours même dans nos actes les plus parfaits.

Après avoir prouvé que les tentatives thérapeutiques de Dupuytren, Lafond et Duval, Humbert et Jacquiet, n'ont procuré aucune guérison solide et régulière, M. Pravaz s'attache à bien établir la distinction de la réduction *immédiate* ou extemporanée, mise en usage par ces derniers praticiens, avec la *réduction lente* et *progressive* qu'il a employée avec succès. L'auteur prouve qu'il est plus sûr de provoquer la formation d'une nouvelle articulation dans son siége normal, où déjà existe une cavité plus ou moins bien disposée à recevoir la tête du fémur, longuement attirée et maintenue contre l'acétabulum congénial à la faveur d'appareils extensifs et contentifs qu'il a ingénieusement construits. A cet ensemble de moyens il donne le nom de méthode *organo-plastique*. On ne peut se défendre de l'impression favorable que l'on reçoit de la théorie thérapeutique du célèbre médecin de Lyon. L'observation apprend que le contact prolongé d'une extrémité articulaire déplacée détermine la production d'une pseudarthrose au lieu du déplacement : un résultat semblable peut donc être obtenu sur un point voulu par les soins de

l'art. En outre, si un acétabulum anormal se développe spontanément à la fosse iliaque externe pour la plupart des luxations congéniales du fémur, une pareille disposition doit bien plus facilement se produire dans une région du bassin où un cotyle existe déjà : ainsi se trouve résolu le problème de la création d'une cavité par les efforts de l'art provoquant et dirigeant ceux de la nature. Ici encore, et bien plus aisément qu'en tout autre point du bassin, de nouveaux liens fibreux peuvent s'organiser, de manière à maintenir la tête du fémur et y permettre des mouvements ordinaires, comme on l'observe pour les pseudarthroses iliaques.

Mais un résultat aussi remarquable ne saurait être le fruit de peu de jours d'efforts, ni d'une réduction rapidement opérée. S'il faut à l'organisme seul plusieurs mois et même des années pour se constituer une pseudarthrose, l'art ne peut les déterminer à son gré dans un peu de temps. En outre, pour agir contre la tendance physique des parties, et à un âge parfois fort éloigné de l'enfance, il est nécessaire d'une méthode bien entendue, bien dirigée ; de moyens ingénieusement employés, d'un praticien habile, et d'une série de conditions bien rarement réunies dans tout autre lieu que ces vastes et dispendieux établissements, dont celui de Sainte-Foix présente un beau modèle. Il faut suivre l'exposé des intéressantes observations consignées dans l'ouvrage dont nous rendons compte, pour voir l'explication des lits mécaniques, variés suivant le progrès du traitement, qui déterminent l'établissement de solides connexions articulaires, la sécrétion d'une lymphe plastique propre à augmenter la profondeur du cotyle primitif, l'évasement et l'excavation de celui-ci, enfin le rétablissement des mouvements ordinaires de la hanche.

Prévoyant les doutes que l'indifférence ou la rivalité pourraient jeter sur sa méthode et ses cures, M. Pravaz a eu l'attention de faire constater l'état de ses malades avant et après la guérison, par MM. Gerdy, Lallemand, Richard de Nancy, Nichet, et la plupart des notabilités de Lyon ou de la capitale, et par les Académies de ces deux villes : les résultats sont donc authentiques, la guérison de beaucoup de luxations de la hanche est donc acquise à la chirurgie, grâce à l'ingénieuse méthode de l'orthopédiste de Lyon.

A. Alquié,
Chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier.

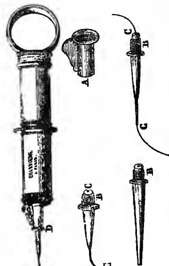
BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveaux essais du collodion. Son application au pansement des vésicatoirc volants. — L'emploi du collodion continue à tenir les promesses qu'on avait pu en concevoir. Ainsi nous avions signalé les avantages que la solution éthérée du coton-poudre présentait sur l'amidon et la dextrine, dans la confection des bandages inamovibles qui sont appliqués au traitement des fractures des membres inférieurs chez les très-jeunes enfants, puisque l'appareil peut résister à l'action de l'urine. Voici un fait irréfragable de l'imperméabilité de ces nouveaux appareils : un des blessés de Juin, reçus dans le service de M. Malgaigne, présentait plusieurs fractures comminutives des os de la main. L'habile chirurgien lui avait appliqué un bandage inamovible à l'aide de bandelettes imprégnées de collodion. Depuis un mois le malade portait ce bandage contentif, lorsque M. Malgaigne, dans le but de hâter la cicatrisation des trajets fistuleux, prescrivit des bains sulfureux. Plusieurs de ces bains ont pu être administrés, sans que la solidité de l'appareil ait souffert. Cette imperméabilité, qui permet d'immerger ainsi les membres fracturés dans des bains médicamenteux, sans qu'il soit besoin de renouveler l'appareil, nous semble destiner à un grand avenir le collodion ; mais il ne faut pas oublier que, pour jouir d'une insolubilité complète, cette solution doit être préparée en suivant exactement la formule de M. Mialhe, formule que nous avons publiée.

L'application immédiate du collodion sur les plaies a été moins heureuse. Les tentatives de M. Jobert, pour la réunion des plaies à l'aide du collodion, sans se servir de bandelettes, ainsi qu'on le pratique en Amérique, n'ont pas été satisfaisantes, et quelques essais que nous avons tentés, dans les cas de gerçures, ne nous ont pas procuré les résultats heureux que la pratique de M. Simpson nous avait permis de signaler. M. Bouvier a obtenu plus de succès dans les applications immédiates du collodion à la surface des vésicatoires volants qu'il voulait sécher rapidement. Dès que l'emplâtre cantharidé a été enlevé, et qu'à l'aide d'une incision pratiquée à la partie la plus déclive, on a donné issue à la sérosité, M. Bouvier fait étendre une couche de collodion, à l'aide d'un pinceau de blaireau, sur toute la surface du vésicatoire. Ces essais, que nous avons répétés, nous ont appris que la couche de collodion doit être très-mince, et n'a d'autre destination que d'empêcher l'éraillure de l'épiderme pendant la durée du travail de cicatrisation. Si la couche de collodion est trop épaisse, elle se raccornit par la dessiccation, et diminuant de diamètre, laisse à nu les bords

du vésicatoire ; si, au contraire, elle a été bien appliquée, les malades peuvent se passer de pansements et subir le contact des vêtements.

Fistule lacrymale. — Modification heureuse apportée à la seringue d'Anel. — Un des moyens les plus efficaces dans le traitement des fistules lacrymales, surtout au début de la maladie, consiste, sans contredit, dans l'emploi des injections médicamenteuses. Si l'on y a renoncé, cela ne tient pas, nous en sommes sûr, à la durée du traitement et à la difficulté de son application, mais à la facilité avec laquelle le tube qui termine la seringue d'Anel s'engorge, et à la nécessité de l'envoyer au fabricant pour le mettre en état de servir de nouveau. Le fil métallique dont on se sert pour enlever l'obstacle le perfore seulement et ne le détruit pas d'une manière complète. Aussi devons-nous faire connaître une modification ingénieuse que M. Charrière a apportée à la seringue d'Anel pour parer à l'inconvénient que nous signalons. Ainsi qu'on le voit sur la figure ci-jointe, notre habile fabricant a divisé le tube D en deux parties, A et B, que l'on peut séparer pour les nettoyer plus facilement ; puis il suffit de monter au moyen du frottement de fil ciré BB les tubes capillaires CC sur la vis A, ainsi que le représente la fig. D, pour rendre l'instrument apte à fonctionner de nouveau.



Depuis six mois que nous nous servons de cet instrument ainsi modifié, nous avons reconnu que son entretien est maintenant aussi facile qu'il l'était peu autrefois. M. Charrière a pu même, en raison de cette modification, nous livrer des tubes d'un diamètre plus petit, qui permettent de pénétrer toujours dans les points lacrymaux.

Moyen facile d'administrer l'huile de croton-tiglium. — Lorsqu'il est indispensable de purger un malade au moyen d'une substance médicamenteuse d'un petit volume, on a généralement recours à l'huile de croton, et c'est en solution dans un pot de limonade, ou en pilules, qu'on la prescrit alors. Ces modes ne sont pas toujours possibles. L'administration d'une pilule exige que le malade jouisse jusqu'à un certain

point de sa volonté. Il n'est pas toujours facile d'avaler un corps, quelque petit qu'il soit, et surtout lorsqu'il nage au milieu d'un liquide; il faut une certaine coordination des mouvements de la déglutition. D'un autre côté, lorsque les individus sont sévèrement affectés, il n'est pas plus facile de leur faire boire la quantité de liquide nécessaire pour diviser suffisamment même une seule goutte d'huile; enfin on sait quelle saveur âcre il reste au fond de la gorge lorsqu'on a pris quelques gorgées de semblables limonades; cette sensation est assez désagréable pour que le malade se refuse souvent à boire le reste du médicament. Nous avons vu M. Robert, dans un cas de plaie grave de la tête, indiquer un moyen très-facile pour administrer ce purgatif énergique. Il prescrivit de faire tomber une goutte d'huile sur un morceau de sucre, qui, trituré avec soin, est ensuite divisé en cinq, six et huit doses. On administre ces doses d'heure en heure, dans une cuillerée de looch blanc. Ces intervalles peuvent être rapprochés ou éloignés suivant l'état du malade.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

DIGITALE *à haute dose* (*Traitement de la phthisie pulmonaire par la teinture de*). *Empoisonnement; mort.* Fuchs, qui vivait dans la première moitié du seizième siècle, est un des premiers qui ait le plus nettement indiqué l'emploi de la digitale et qui en ait prescrit l'usage contre les affections de poitrine. Cette plante cessa plus tard d'être mentionnée dans les Pharmacopées de Londres et d'Edimbourg, puis elle y reparut. Drake, Fowler, et surtout Beddoes, au commencement de ce siècle, ont appelé l'attention des praticiens sur l'utilité de cette plante dans la phthisie pulmonaire; et, d'après Bayle, on peut graduellement élever la dose de poudre de digitale jusqu'à 40 grains par jour. Tel était sommairement l'état de la question, lorsque nous reçûmes, il y a un an environ, une note de l'un de nos confrères de province, contenant deux observations de phthisie tuberculeuse avancée, et qui guérirent cependant assez rapidement par l'administration de la teinture de digitale à haute dose. Nous n'avions pas à nous occuper, au point de vue de la publication de ce travail, si le diagnostic avait été bien posé, mais si réellement la médication par la digitale mérite quelque confiance. M. Bayle neveu (Bibliothèque de Thérapeutique, t. 3, p. 362) mentionne 83 cas de guérison sur 151 observations de phthisiques traités par cette substance. Magennis surtout se loue de l'usage de la teinture de digitale, qu'il portait à la dose de 200 gouttes. En présence de semblables faits, quoique doutant de la curabilité de la phthisie tuberculeuse lorsqu'elle est confirmée, nous ne pouvions nous refuser à la publication du travail de notre confrère, car pour le praticien, l'axiome : *Melius anceps quam nullum*, est très-vrai; il n'a pas seulement à guérir, mais il a encore à consoler; et il ne peut y parvenir qu'en luttant jusqu'à la fin; heureux lorsqu'il peut le faire en obéissant à une indication thérapeutique! Ces mêmes considérations ont engagé notre savant collaborateur, M. Forget, à expérimenter cette forme nouvelle de la médication à laquelle nous ouvrions nos colonnes; son début n'a pas été heureux, et, avec cette bonne foi et cette franchise dont sont capables seulement les hommes de haute valeur, l'habile professeur de Strasbourg vient de publier ce fait. Nous allons le citer textuellement :

Une fille de trente-six ans, primi-

tivement d'assez belle constitution, entre à la clinique le 13 mars 1848. Il y a cinq mois qu'elle fut prise d'une petite toux, laquelle est toujours allée en s'aggravant. Dans ces derniers temps est survenue une variole dont elle est convalescente; mais l'altération croissante de sa poitrine l'oblige à entrer à l'hôpital.

L'examen du thorax fait constater une tuberculisation au troisième degré. Cependant, point d'hémoptysie, point de sueurs, point de diarrhée. Nous administrons successivement l'huile de morue, qui est mal supportée, puis l'extrait de digitale (de 5 à 10 centigrammes), puis le sulfate de quinine, qui paraît indiqué spécialement par des retours fébriles le soir ; enfin, le sirop d'acétate de morphine, l'eau distillée de laurier-cerise, un vésicatoire au bras, etc. Dans ces entrefaites, la diarrhée et les sueurs nocturnes se produisent, une hémoptysie survient, la fièvre hectique persiste avec exacerbation nocturne, l'amaigrissement, l'affaiblissement augmentent. Tel est le sujet que nous choisissons pour expérimenter la teinture de digitale à haute dose.

Le 2 juin, après avoir fait constater aux assistants la matité, le gargouillement, le souffle caverneux et la pectoriloquie, notamment au sommet du poumon gauche, ainsi que les signes accessoires de tuberculisation avancée, nous prescrivons une potion gommeuse de 100 grammes avec teinture de digitale 15 gouttes, à prendre par cuillerées, de deux en deux heures.

Le 3 juin, même état, 25 gouttes.

Le 4 juin, même état, 40 gouttes.

Le 5 juin, même état, 60 gouttes.

Le 6 juin, même état, 80 gouttes.

Le 7 juin, toux aussi fréquente; même accélération du pouls; un peu de diarrhée ; 80 gouttes.

Le 8 juin, même état général; forces conservées ; la diarrhée a cessé; point de nausées; intelligence nette ; le pouls commence à devenir irrégulier, petit et plus lent. Ne voyant se produire aucun accident réellement toxique, je porte la teinture de digitale à 100 gouttes.

Mais voilà que dans la journée quelques vomissements se produisent; vers cinq heures quelques mouvements convulsifs apparaissent, et la malade expire inopinément au milieu d'un accès spasmodique.

Rien n'aurait pu faire prévoir ce résultat ; car il n'existait le matin aucun symptôme d'empoisonnement. Jamais, d'ailleurs, empoisonnement par la digitale ne marcha aussi rapidement. Nous en conclûmes raisonnablement, je pense, que si le sujet avait succombé si promptement, il fallait l'attribuer à l'épuisement où l'avait plongé la phthisie avancée ; épuisement qui l'a fait succomber à la moindre secousse.

Nous ne rapporterons pas les détails de l'autopsie, faite avec le plus grand soin ; elle ne signale aucun des désordres qui caractérisent l'empoisonnement par la digitale. Cependant ce fait ne doit pas être perdu pour la pratique; mais nous ne le croyons pas de nature à proscrire les tentatives que l'on voudrait faire pour la guérison de la phthisie pulmonaire. Suivant nous, la digitale devrait être tentée avant que les sujets fussent arrivés à une période trop avancée de la maladie. Peut-être vaudrait-il mieux employer la poudre que la teinture, parce que la première est d'un usage plus facile, plus commode, et tout au moins aussi certain que la dernière. Peut-être aussi devrait-on abandonner le médicament comme inutile, quand, après plusieurs jours, le pouls ne diminue point de fréquence. Au contraire, quand on obtient ce dernier résultat, serait-il peut-être nécessaire de continuer longtemps l'usage de la poudre, en augmentant ou en diminuant la dose selon ses effets physiologiques sur l'appareil circulatoire et ses effets thérapeutiques sur l'organe pulmonaire. Peut-être enfin ne devrait-on augmenter que tous les trois ou quatre jours ces doses, parce que l'action de la digitale se prolongeant presque constamment au delà de ce terme, on ne risquerait pas de produire des effets qui, en s'ajoutant trop rapidement aux précédents, peuvent occasionner de graves accidents. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, sept. 1848.)

EPILEPSIE *traitée avec succès par la cautérisation syncipitale.* — Nous avons fait connaître, dans le temps, les bons effets qu'un praticien avait retirés de l'emploi des frictions stibiées sur le péricrâne, dans le traitement de l'épilepsie : le moyen suivant, recommandé à l'attention des praticiens par M. Lebreton, trouvera d'autant plus de crédit, sans doute, auprès d'eux, qu'il joint à son ana-

logie avec le moyen précédemment indiqué une énergie toute particulière. Voici le fait sur lequel s'appuie M. Lebreton pour engager à l'emploi de la cautérisation synciptale.

Un jeune homme de vingt-un ans étant venu consulter M. Lebreton pour une ophthalmie aiguë, se plaignit en même temps de *tomber du haut-mal* depuis huit ans; il avait une crise tous les jours, et était tombé dans un état d'hébétude qui se peignait sur son visage, et qui l'empêchait même de travailler. Au bout de *huit jours* de traitement, les yeux étaient guéris; mais les accès d'épilepsie avaient été plus fréquents et plus violents. M. Lebreton lui appliqua sur le sommet de la tête un cautère actuel de deux lignes de diamètre; l'application dura vingt-cinq secondes, et la pression du cautère était faite de manière à ne pas intéresser toute l'épaisseur de la peau.

Le malade revint huit jours après: il n'avait pas eu un seul accès. On fit une seconde application du cautère actuel, en suivant la direction de la suture. Au bout de huit autres jours, point d'accès; nouvelle application du cautère. Cette fois, la visite fut ajournée à douze jours; point d'accès: nouvelle application du cautère, mais plus superficiellement que les précédentes fois. Quinze jours après, nouvelle visite dont le malade ne voyait plus la nécessité, se sentant tout à fait guéri. En effet, son intelligence, aussi bien que ses forces, s'étaient développées: il parlait, causait et travaillait.

Ce malade fut revu par M. Lebreton au bout de trois mois. Depuis la première application du cautère, il n'avait pas eu un seul accès, et il se sentait parfaitement guéri, non-seulement parce qu'il n'avait plus d'attaques, mais par le bien-être qu'il disait ressentir dans la tête.

Quelque violent que puisse paraître l'emploi de ce moyen, on s'estimerait certainement trop heureux d'obtenir toujours à ce prix la guérison d'une aussi grave affection que l'épilepsie. Aussi nous joignons-nous volontiers à M. Lebreton pour en recommander de nouveaux essais. (*Gazette médic.*, septembre 1848).

GASTROTOMIE (*Deux observations de*) *pratiquée, l'une dans un cas d'étranglement interne, l'autre pour une hernie obturatrice étranglée.* L'étranglement interne est un accident tellement grave et si souvent mortel, que l'on comprend comment les chirurgiens de nos jours ont essayé, à diverses reprises, d'ouvrir la cavité abdominale, pour aller détruire l'obstacle au cours des matières intestinales. La vérité est que, jusqu'à ce jour, les tentatives n'ont été suivies d'aucun succès. Mais faut-il attribuer ce fâcheux résultat à l'opération elle-même, ou bien aux accidents pour lesquels elle a été pratiquée? Ne voit-on pas, tous les jours, le péritoine être ouvert dans certaines opérations, dans la hernie étranglée, par exemple, sans que la mort en soit la conséquence? Et la science ne possède-t-elle pas de nombreux exemples de plaies pénétrantes de l'abdomen, d'opérations césariennes et d'ovariotomies, dans lesquelles le péritoine a été largement ouvert, et dans lesquelles cependant la guérison n'a pas fait défaut? Tout fait croire que si l'opération de la gastrotomie était pratiquée aussitôt que les accidents d'étranglement sont bien constatés et avant le développement de la péritonite, elle compterait probablement un certain nombre de succès. Voici, du reste, les deux faits que nous avons promis à nos lecteurs. Le premier est relatif à un enfant délicat, de l'âge de onze ans, qui avait éprouvé des accidents du côté de l'intestin; au 1er avril dernier, les accidents se reproduisirent: vomissements, constipation opiniâtre, tension du ventre, sensibilité très-vive dans un point spécial, et un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Le malade resta dans le même état jusqu'au 9, vomissant tout ce qu'il prenait, et n'allant pas à la garderobe. A cette époque, il parut aller un peu mieux, pendant un jour ou deux; mais le 14, les accidents devinrent tellement graves, qu'on résolut d'ouvrir le ventre, pour aller à la recherche de l'étranglement. M. Druitt fit une incision sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, et reconnut une bride qui étranglait une portion de l'intestin grêle. Cette bride fut divisée; mais aussitôt l'intestin, qui était sphacélé, se déchira et donna issue aux matières stercorales. On ferma la petite plaie avec un point de suture, et l'enfant ne survécut que deux heures et demie. Il existait une péritonite extrêmement intense, occupant principalement la portion de l'intestin située au-dessus de l'étranglement. Il est évident que si, au lieu d'at-

tendre quatorze jours avant de pratiquer la gastrotomie, on l'eût faite dans les premiers jours de l'étranglement, le malade eût eu les plus grandes chances de rétablissement. Dans le second fait, qui appartient à M. John Hilton, il est question d'une demoiselle de trente-six ans, qui éprouva, au mois de septembre dernier, des douleurs très-vives et de la sensibilité à la pression du côté droit de l'abdomen, au-dessus du ligament de Poupart, avec constipation opiniâtre et quelques vomissements. On se rendit d'abord maître des accidents avec quelques sangsues, des purgatifs par la bouche, et en lavements. La malade alla bien jusqu'au 20 janvier, époque à laquelle elle fut prise de tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Cependant on n'apercevait de hernie nulle part. Les accidents continuèrent pendant onze jours. Ce ne fut que le douzième jour, que M. J. Hilton se décida à ouvrir l'abdomen sur la ligne blanche, pour aller à la recherche des causes de l'étranglement. Il put s'assurer alors qu'il existait une hernie du trou obturateur, hernie qu'on n'avait pas soupçonnée, à cause de l'absence de tumeur à la partie supérieure de la cuisse : la malade succomba dans la soirée. Comme dans le premier cas, on trouva une péritonite très-étendue, sans laquelle la malade se fût certainement rétablie ; car l'intestin ne portait que des traces très-légères de l'étranglement qu'il avait subi. (*London medical Gazette*, juin et juillet 1846.)

HERNIE ETRANGLÉE, *réduite pendant une syncope provoquée*. M. le docteur Pourcher, chirurgien de l'hôpital général de Clermont-Ferrand, fut appelé en toute hâte au village de Beauregard, auprès d'un cultivateur qui, disait-on, se mourait. Il trouva ce malheureux en proie à des douleurs violentes dans le bas-ventre et la région inguinale gauche. En découvrant le malade, il aperçut dans le scrotum une tumeur dure, tendue, sensible au toucher, du volume d'un œuf d'autruche, et donnant par la percussion un son clair à sa partie supérieure. Cette tumeur existait depuis plusieurs années ; elle rentrait habituellement pendant le décubitus. Cet homme, robuste et bien portant quelques heures auparavant, avai en ce moment la face pâle, les traits tirés, le pouls imperceptible, la peau recouverte d'une sueur froide, et il était en proie à de fréquents vomissements de matières bilieuses. M. Pourcher, après avoir essayé pendant un quart d'heure de pratiquer le taxis, fut forcé d'y renoncer, par les cris, les mouvements du malade et par les contractions des muscles abdominaux. Eloigné de toutes ressources thérapeutiques, il chercha un moyen prompt de débarrasser ce malheureux. Il eut la pensée de provoquer une syncope. Pour cela il fit mettre le malade debout, hors de son lit, et pratiqua une large ouverture à une des veines du bras. Il s'était écoulé à peu près 150 grammes de sang, lorsque le malade perdit connaissance; on le renversa aussitôt sur son lit, et M. Pourcher pratiqua de suite une compression assez énergique sur la tumeur ; il fut assez heureux pour sentir les anses intestinales fuir sous sa main et reprendre leur place dans l'abdomen. Le malade revint aussitôt à lui en s'écriant : Je suis sauvé !

On donna quelques tasses d'infusion de feuilles d'oranger, et le soir le malade était tout à fait remis de son accident. Deux jours après, on lui appliqua un bandage convenable.

Ce fait peut être rapproché du suivant, rapporté dans le *Journal de médecine pratique de Montpellier*. Il s'agit d'un homme âgé de trente-cinq ans, qui, à la suite d'un violent effort, sentit une hernie inguinale, qu'il portait depuis cinq ans, imparfaitement contenue, augmenter brusquement de volume avec un vif sentiment d'anxiété et de malaise. Cet homme ne tarda pas éprouver tous les symptômes de l'étranglement. Appelé auprès de lui, M. le docteur Cabaret, ne voyant de salut que dans la kélotomie, se disposait à pratiquer cette opération, lorsque le malade, qui était demeuré stupéfait à l'annonce de cette résolution, sentit un malaise subit. Ses lèvres avaient changé de couleur, la respiration était ralentie, la peau devenue froide se couvrait de sueur, les yeux étaient hagards, les traits se décomposaient rapidement. M. Cabaret, regardant alors la hernie, y remarqua un mouvement d'affaisement qui l'engagea à y porter brusquement la main. La réduction s'était opérée spontanément et complétement au milieu du

trouble universel occasionné par la peur.

C'est par une modification analogue à celle qui est survenue dans ces deux cas, dans l'un spontanément, dans l'autre sous l'influence d'une syncope provoquée, qu'agissent les inhalations éthérées employées dans le but de faciliter la réduction des hernies; c'est-à-dire, en produisant un relâchement momentané plus ou moins complet des agents musculaires dont la contraction s'oppose à la rentrée de la hernie. — Le rapprochement de ces trois ordres de faits n'est pas sans intérêt. (*Gazette des hôpitaux*, octobre 1848.)

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, *traité avec succès par les ponctions successives*. On sait que diverses méthodes opératoires ont été mises en usage dans le traitement des kystes hydatiques du foie; mais de ces méthodes, la plus ingénieuse, sans aucun doute, est celle de M. Jobert (de Lamballe), qui consiste à vider, par des ponctions successives, le kyste du liquide qu'il renferme, de manière à obtenir le retrait de ses parois et la mort des hydatides. Voici un nouveau fait à ajouter à ceux que M. Jobert et ses élèves ont déjà fait connaître. Un homme de trente-un ans, entra à l'hôpital de Guy, le 13 octobre 1847; il portait, à la région de l'hypocondre droit et à l'épigastre, une tumeur dont la fluctuation n'était pas douteuse. Le 4 décembre, M. Hilton fit une ponction dans la tumeur avec un petit trocart, et retira 28 onces d'un liquide clair et transparent. Nouvelle ponction le 7 janvier; cette fois, on ne retira que 10 onces de liquide, d'une odeur assez fétide. Troisième ponction deux jours après, mais cette fois avec un trocart volumineux. On retira 24 onces de pus fétide, avec des débris membraneux et des hydatides en partie détruites. L'ouverture fut maintenue avec une sonde de gomme élastique, et du pus fétide, de temps en temps même des hydatides, continuèrent à s'échapper jusqu'au commencement d'avril. Depuis ce jour la tumeur diminuait de volume; le 11 avril, lorsque la petite ouverture fut fermée, on ne trouvait plus qu'un corps du volume d'une noix, au-dessous du lobe droit du foie. (*Société médico-chirurgicale de Londres.*)

MALADIES ÉRUPTIVES DU CUIR CHEVELU (*Sur le Traitement des*). Les maladies du cuir chevelu peuvent être envisagées sous plusieurs points de vue, mais elles l'ont été rarement sous le point de vue de la présence ou de l'absence de l'inflammation seulement. C'est ce qui nous paraît donner de l'intérêt à un travail publié sur ce sujet par le docteur J. Moore Neligan. Ce médecin divise les maladies du cuir chevelu en maladies inflammatoires comprenant l'herpès capitis, l'eczéma, l'impétigo, et le pityriasis du cuir chevelu, et les maladies non inflammatoires renfermant seulement le porrigo favosa. Le caractère inflammatoire des premières s'oppose, suivant le docteur Neligan, à ce qu'on rase le cuir chevelu. Pour lui, il pense qu'il faut se borner à couper les cheveux courts, et à les tenir ainsi, aussi longtemps qu'il reste la moindre trace de l'éruption. Il s'oppose, en outre, et par les mêmes raisons, à ce qu'on emploie des brosses fortes pour détacher les squammes. Des cataplasmes, ou une pommade composée de un à deux grammes de carbonate de potasse ou de soude pour 30 grammes d'axonge, sont appliqués, trois fois par jour, sur les points occupés par l'éruption. En outre, on fait, tous les matins, des lotions sur les parties malades, avec une solution alcaline composée de 2 à 4 grammes de carbonate de soude et de potasse par pinte d'eau. Les douches d'eau froide constituent aussi un moyen très-puissant, principalement contre l'eczéma capitis aigu. Les compresses trempées dans de l'eau froide, maintenues pendant presque toute la journée, agissent dans le même sens. M. Neligan ne se borne pas au traitement externe : il prescrit encore, suivant l'âge, et tous les deux jours, une poudre composée comme suit :

Iodure jaune de mercure.	5 centig.
Hydrargyrum cum cretâ...	10 centig.
Poudre aromatique.......	10 centig.

Si le sujet a plus de six ans, on lui donne cette poudre tous les matins; à six ans, de deux jours l'un; et au-dessous de six ans, tous les trois ou quatre jours. Dans tous les cas, l'enfant est maintenu à la diète lactée pendant toute la durée du traitement. Le porrigo favosa réclame des moyens particuliers. M. Neligan dit avoir obtenu du traitement qu'il

emploie les succès les plus remarquables, mais toujours en rapport avec l'ancienneté de la maladie. Récente, elle est souvent guérie en deux ou trois semaines, même plus tôt ; ancienne, elle réclame souvent deux ou trois mois de traitement. L'auteur pense, du reste, qu'on peut ranger d'avance les affections du cuir chevelu, quant à leur curabilité, dans l'ordre qui suit : 1° l'impétigo sparsa ; 2° le pityriasis ; 3° la forme humide de l'eczéma ; 4° l'impétigo confluent ; 5° l'herpès, et 6° la forme sèche de l'eczéma. (*Dublin journal*, août 1848.)

OPHTHALMIE PURULENTE (*Sur le traitement de l'*) *des nouveau-nés, par le collyre de belladone et l'eau chlorée.* Voici en quels termes le docteur Wengler (de Dresde), fait connaître le traitement employé par le célèbre oculiste allemand, M. Ammon, contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Ce traitement se compose de deux parties : le traitement externe et le traitement interne. Aussitôt que paraissent les premiers symptômes de la maladie, c'est-à-dire la sécrétion du pus, il faut immédiatement avoir recours à un collyre, composé de 15 à 20 centigrammes d'extrait de belladone, 6 ou 8 gouttes de solution aqueuse de chlore, et de 90 à 120 grammes d'eau distillée. Ce collyre est employé chaud. On enlève d'abord avec soin, à l'aide d'une éponge trempée dans de l'eau tiède, la matière sécrétée entre les paupières ; puis on fait tomber quelques gouttes du collyre sur la surface muqueuse de la paupière inférieure, que l'on a préalablement déprimée dans ce but : et lorsqu'on a enlevé tout le liquide sécrété, on recouvre l'œil avec une compresse épaisse, trempée dans le même liquide. Comme l'enfant est toujours très-agité, il faut fixer la compresse avec une bande, de manière qu'elle ne puisse ni se déranger ni se détacher. La compresse est renouvelée toutes les demi-heures, lorsque la sécrétion n'est pas très-abondante ; tous les quarts d'heure s'il y a gonflement considérable des paupières et un écoulement de matières mucoso-purulentes. Lorsqu'il en est ainsi, il ne suffit pas d'appliquer la compresse trempée dans le liquide ; mais à chaque fois il convient de débarrasser l'œil de la sécrétion purulente. Si l'on est appelé à une période plus avancée de la maladie, il faut porter la proportion d'extrait de belladone à 25 ou 30 centigrammes, et celle de l'eau chlorée à 10, 12, ou 15 gouttes ; ce traitement est continué tout aussi longtemps que dure la sécrétion du muco-pus ; seulement si le gonflement augmente et si la sécrétion devient plus ichoreuse, il faut élever la température du collyre. Voici de quelle manière paraissent agir les substances qui entrent dans la composition de ce collyre. Dans l'ophthalmie purulente, pendant que les paupières sont contractées convulsivement sur le globe de l'œil, elles empêchent la sortie de la sécrétion purulente, qui s'accumule, et augmente ainsi l'irritation ; il est donc important de faire cesser le spasme ; et c'est de cette manière qu'agit la belladone. Cette dernière substance a en outre l'avantage d'exercer une action sédative locale sur les vaisseaux capillaires de la conjonctive, et même sur la pupille, dont elle prévient les adhérences morbides et l'oblitération ; elle s'oppose enfin à la turgescence de la chambre antérieure de l'œil et à la tension de la cornée, qu'elle diminue ou même fait disparaître entièrement. La sécrétion purulente de l'ophthalmie des nouveau-nés subit rapidement une décomposition putride, devient âcre, et exerce une influence des plus funestes sur les tissus de l'œil, en particulier sur la cornée, qu'elle ulcère. C'est ainsi que surviennent le staphylôme et ses complications ; le chlore agit en arrêtant la putréfaction du liquide, et en protégeant l'œil contre la désorganisation que produit celui-ci. M. Ammon ne se borne pas à un traitement externe ; il emploie aussi un traitement interne dont l'importance n'est pas moindre : d'une part, il cherche à calmer la fièvre, et à procurer à l'enfant un sommeil réparateur ; de l'autre, à l'aide des purgatifs, il cherche à diminuer l'afflux du sang vers la tête. Pour remplir ces deux indications, M. Ammon prescrit la potion suivante :

Nitrate de potasse.....	20 ou 30 cent.
Poudre d'écailles d'huîtres..................	30 ou 60 cent.
Eau distillée.......... }	ãã 30 gramm.
Sirop de manne........ }	

Une ou deux cuillerées toutes les deux heures.

Dans les cas plus graves, M. Ammon prescrit 5 centigrammes de

calomel, en deux fois.— N'y aurait-il pas quelque avantage à substituer dans ce traitement, à la belladone, son alcaloïde, l'atropine, qui possède des propriétés plus certaines et plus efficaces? (*Ann. d'oculistique* et *Monthly journal*, septembre 1848.)

POLYPES UTÉRINS (*Nouveau procédé opératoire pour l'excision des*). On sait que, dans le procédé opératoire d'excision, proposé et mis en usage par Dupuytren, dans le traitement des polypes utérins, on va accrocher le polype, au fond du vagin, avec des pinces de Museux, et qu'on l'entraîne vers la vulve, qu'on lui fait franchir. Après quoi, on coupe le pédicule, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Ce procédé opératoire, comme on le voit, réclame une grande attention. En effet, d'une part, on peut saisir avec le polype quelques rides du vagin; et, d'autre part, si le polype est mou, il peut arriver que les griffes de la pince glissent, et déchirent la muqueuse vaginale. Enfin ce procédé a l'inconvénient de faire subir aux parties génitales externes une distension considérable et douloureuse. C'est pour remédier à ces inconvénients que le docteur Comi, chirurgien à Trescorre, propose et a mis en usage l'emploi du forceps. Seulement, il emploie un forceps particulier, et il en a de trois dimensions, suivant la grosseur du polype. Ce forceps, qui a la même longueur que le forceps ordinaire, et la même courbure pour s'adapter à l'axe du bassin, a des branches qui sont beaucoup plus minces, et la face interne de ces branches présente des dentelures qui ne se prolongent pas jusqu'à l'extrémité supérieure de l'instrument, de peur de blesser le col utérin s'il venait, par hasard, à être compris entre les branches. Ce forceps diffère en outre du forceps ordinaire, en ce que les branches sont susceptibles d'être plus rapprochées, tant à leur extrémité que le long de la concavité sinueuse de leur courbe latérale, et au niveau de la partie fenêtrée. De cette manière, l'instrument peut s'adapter à des polypes peu volumineux; et si la tumeur est embrassée moins étroitement, l'inconvénient est largement compensé par la présence des dentelures.

Ce forceps s'applique comme le forceps ordinaire; seulement, il arrive souvent que l'articulation en est impossible, surtout à cause de l'insertion latérale ou inférieure du pédicule dans l'utérus. Mais cette articulation des branches n'est pas indispensable : une fois le polype saisi, on place la main gauche sur le point de croissement des branches; et, saisissant l'extrémité inférieure du forceps avec la main droite, on finit, à l'aide de mouvements latéraux très-doux, dans la direction de l'axe utéro-vaginal, par entraîner le polype jusqu'à l'orifice de la vulve. Le reste est facile à comprendre : pendant que l'on maintient solidement la tumeur au niveau de l'orifice vulvaire avec la main gauche, de la main droite on saisit une pince de Museux, et on l'enfonce profondément dans le corps du polype; puis l'on retire doucement les branches du forceps l'une après l'autre. On exerce encore, avec la pince, quelques petites tractions sur la tumeur, de manière à l'avoir plus à sa portée, mais sans lui faire franchir l'orifice du vagin. On porte ensuite l'index et le médius de la main gauche par-dessus le polype, jusqu'au pédicule; et quand celui-ci est bien saisi entre les deux doigts, on prend, de la main droite, de longs ciseaux, courbes sur leur plan, et à extrémités obtuses, que l'on porte fermés, la convexité tournée en haut, entre le polype et le doigt indicateur de la main gauche, qui protége la commissure antéro-supérieure de la vulve. Alors, on entr'ouvre doucement les ciseaux, en les guidant toujours avec les doigts, et l'on coupe, à petits coups, le pédicule. Le reste comme dans le procédé ordinaire. L'auteur cite trois opérations intéressantes d'excision, pratiquées suivant son procédé: la première chez une femme de quarante-quatre ans, dont la tumeur avait la grosseur d'une tête de fœtus à terme, pesait quatre livres, et avait un pédicule de deux pouces de circonférence. La ligature était complétement impossible dans ce cas. L'excision fut pratiquée en quatre minutes, et la malade s'est rétablie sans aucun accident. Dans la seconde observation, il s'agit d'un polype de la grosseur d'un poing volumineux, qui pesait quinze onces et avait neuf pouces de circonférence; il n'y eut aucun accident. Enfin, dans la troisième observation, le polype avait le volume d'un gros œuf d'oie, et son pédicule avait un pouce d'épaisseur. Dans aucun de

ces cas, il n'y a eu d'hémorrhagie. Dans le troisième, seulement, il y a eu des accidents inflammatoires, qui ont nécessité un traitement antiphlogistique assez énergique. L'auteur conclut de ces observations, que la méthode de l'excision, pratiquée suivant le procédé qu'il conseille, est la seule qui mérite d'être conservée dans la chirurgie, non-seulement pour les petits polypes, dont le pédicule est libre et facile à atteindre, mais encore et surtout pour les polypes volumineux occupant toute la cavité du bassin. Suivant lui, les polypes utérins, qui ont contracté des adhérences avec les cavités qui les contiennent, ne sont attaquables que par l'excision; à plus forte raison, quand ces polypes ont un pédicule volumineux et consistant, que la ligature ne pourrait détacher qu'après un temps fort long. (*Annali universali di medicina*, juin 1848.)

QUINQUINA *et* **SULFATE DE QUININE.** *Sur leur emploi comme agent régulateur et prophylactique général.* — Il nous arrive rarement de parler du quinquina et de ses préparations, sans insister sur la multiplicité autant que sur l'énergie de leurs effets médicateurs, et sur le tort, qu'on veuille bien nous passer cette expression, qu'on fait à ces agents précieux en ne les envisageant qu'au seul point de vue de leurs propriétés antipériodiques. Il y a longtemps déjà que les praticiens ont reconnu au quinquina une sorte de propriété régulatrice des fonctions morbides. C'était à ce titre que Sydenham en recommandait l'emploi dans les affections hypocondriaques et hystériques. On trouve dans le Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale de MM. Mérat et Deleus, une très-juste appréciation des effets du quinquina employé dans le but de simplifier certaines maladies graves, de combattre ces troubles nerveux et ces phénomènes insolites qui masquent souvent la marche et la physionomie naturelles des maladies et leur impriment dès le début un caractère particulier de malignité. C'est là un fait de médecine pratique d'une haute importance, que les praticiens de nos jours nous semblent trop souvent méconnaître, ou dont ils négligent trop, du moins, les indications. Aussi signalons-nous avec plaisir les tentatives nouvelles que vient de faire M. le docteur Guérard à l'Hôtel-Dieu pour remettre en honneur cette pratique dont il a retiré les plus heureux avantages.

M. Guérard emploie depuis quelque temps systématiquement le sulfate de quinine dans le but de simplifier certaines maladies graves, ainsi que nous venons de le dire, ou de les faire avorter dès le début. Voici comment il procède.

Toutes les fois qu'un individu, atteint de fièvre typhoïde, d'érysipèle, de variole ou de toute autre affection fébrile aiguë, présente au début un trouble encéphalique qui annonce l'imminence d'un état grave, savoir du délire, avec aberration des sens, en particulier du sens de la vue, qui est le mieux appréciable par le médecin, M. Guérard prescrit, avant tout, deux grammes de sulfate de quinine en solution, à prendre par cuillerées. Cette dose est assez souvent répétée le lendemain, et quelquefois aussi le surlendemain. Le délire, les hallucinations de la vue se dissipent immédiatement, le pouls devient régulier et la maladie revêt un caractère remarquable de bénignité.

M. Guérard a aussi appliqué avec le même succès cette médication contre certains susurrus auriculaires, non fébriles, dépendant d'une congestion cérébrale.

SPIGELIA ANTHELMINTICA MARYLANDICA. (*Emploi de la racine de*) *dans un cas rebelle de prurigo analis.* Il s'agit ici d'un de ces remèdes dont il serait impossible de s'expliquer rationnellement la manière d'agir, remèdes purement empiriques, dus à l'expérience traditionnelle, qu'on n'hésite pas à décorer du nom de *spécifiques*, lorsque leur action se révèle d'une manière énergique et constante dans une série de cas de même nature ou analogues. Nous reproduisons, sous la garantie de M. le docteur Koreff, le fait suivant qui tend à prouver l'efficacité attribuée en Amérique à la racine de la *spigelia anthelmintica* contre le prurit anal, entretenu par la présence des ascarides.

Un jeune homme de vingt-neuf ans souffrait, depuis son enfance, d'une démangeaison intolérable à la région anale, occasionnée et entretenue par la présence d'innombrables ascarides. On avait employé toutes les médications connues sans

succès. Cette incommodité avait augmenté, au point de devenir intolérable et d'altérer profondément la constitution de ce malheureux jeune homme qui ne pouvait fermer l'œil, ni rester assis une demi-heure sans souffrir de véritables tortures. L'anus, à force d'être gratté, était le siége d'un écoulement muqueux perpétuel, etc. Ayant eu occasion de voir cette forme de maladie, causée et entretenue par la même cause, M. Koreff appliqua un remède dont il devait la connaissance à un médecin américain, la racine de spigelia anthelmintica. Ce remède eut un tel succès, qu'au bout de huit jours le malade avait recouvré le repos et se trouvait délivré de ses ascarides, ainsi que de tous les troubles et symptômes graves que leur présence entretenait.

Il ne faut pas négliger d'ajouter que la *racine* seule de cette plante jouit de cette propriété médicatrice, que ses feuilles sont inertes, et enfin, que l'espèce de *Maryland*, seule, est douée d'efficacité.

La formule pour son usage est :

Pr. Racine de la spigelia marylandica...... 8 gramm.
Manne en larmes.... 60 —

Faites infuser dans:

Eau bouillante....... 500 —

On en prend trois tasses par jour, et trois jours de suite. Il convient de prendre, en même temps, de petits lavements d'amidon bouilli dans la décoction concentrée de cette plante. (*Revue méd.-chir.*, septembre 1848.)

VARIÉTÉS.

—

Ainsi que nous l'avons appris dans notre dernier numéro, le choléra continue à décroître à Saint-Pétersbourg et à Berlin. Mais il n'est que trop vrai, comme l'ont annoncé quelques journaux ces jours derniers, qu'à mesure qu'il s'affaiblit et cesse dans l'Est et le Nord, il suit sa marche fatale vers l'Ouest. De Hambourg, où il continue à exercer ses ravages avec une grande intensité (on y a constaté du 1er septembre au 26, 1339 cas, sur lesquels 650 décès), il a passé en Angleterre. Une lettre récente de Londres annonce que le choléra vient de faire irruption dans ce pays, et qu'il se déclare dans les mêmes localités où il éclata en 1832. C'est à Sunderland que les premiers cas ont été constatés sur des individus provenant de Hambourg. Quelques cas ont eu lieu depuis à Wolwich, près de Londres; Edimbourg a été également envahi par le fléau. Enfin, nous apprenons, au moment même où nous écrivons ces lignes, qu'il y a eu plusieurs nouveaux cas à Stepney, à Mile-End-Old-Town, et à l'hôpital de Londres; la maladie, toutefois, ne paraît pas, jusqu'à présent, avoir fait des progrès très-rapides.

Deux cas de choléra se sont déclarés sur le *Dreadnough-Hospertalship*. Le premier cas s'est présenté sur un homme qui était depuis six mois à l'hôpital, mais les symptômes n'ont pas été violents; le deuxième cas s'est déclaré sur un charbonnier, récemment arrivé de Sheelds; il a commencé par la diarrhée; la maladie a pris ensuite une plus grande intensité. Le malade a succombé dans les vingt-quatre heures.

La Commission sanitaire de Londres s'est prononcée pour des hôpitaux supplémentaires et des infirmeries flottantes. En Irlande, au contraire, on a adopté les dispensaires permanents de nuit et de jour.

La Commission de Dublin a rédigé des instructions détaillées sur la manière d'organiser les secours à domicile, qui nous paraissent être le système préférable. — Nous reviendrons là-dessus.

M. Vidal (de Cassis) a communiqué récemment, à l'Académie de médecine, une anomalie pathologique fort singulière. Un homme de trente-huit ans, d'une constitution vigoureuse et bien conforme, se présente dans son service, avec deux tumeurs des bourses offrant tous les caractères classiques de l'hydrocèle. L'opération est convenue et aussitôt pratiquée. Qu'on se figure la surprise de l'opérateur et des assistants, lorsqu'au premier coup de trocart, ils voient s'écouler par la canule, au lieu de sérosité, quoi...? *du lait:* c'est-à-dire un liquide blanc avec un reflet jaunâtre, parfaitement sem-

blable à un lait qu'on vient de traire, et dans lequel l'analyse chimique a constaté la plupart des éléments du lait.

A peine M. Vidal avait-il communiqué ce fait, que, par un de ces singuliers caprices du hasard qui semble grouper par série les faits plus ou moins extraordinaires, une anomalie à peu près semblable a été rencontrée par M. Velpeau, mais avec cette différence que le liquide recueilli par le professeur de la Charité n'avait qu'une analogie plus éloignée avec le lait, et qu'une prompte altération a fait cesser, au bout de quelques heures de conservation, toute ressemblance.

Un fait tératologique des plus rares et des plus curieux vient d'être observé à Alexandrie (Egypte), par notre honorable confrère, M. le docteur Prus; il s'agit d'un fœtus monstre à deux têtes (de l'ordre des *autositaires*, de M. Isid. Saint-Hilaire), offrant cette circonstance particulière que, des deux têtes dont cet individu est pourvu, l'une présentait la couleur, l'aspect et la conformation d'une tête de nègre, tandis que l'autre avait, ainsi que le tronc, tous les caractères appartenant à la race blanche.

Ce monstre était issu d'une fellah égyptienne mariée à un homme de sa race.

Ce fait est d'autant plus curieux, qu'en admettant que l'observateur n'ait été dupe d'aucune cause d'illusion sur l'origine de la coloration noire de l'une des deux têtes de ce monstre, il tendrait à remettre en question la possibilité des faits de superfétation généralement contestée aujourd'hui.

Parmi les nominations nombreuses qui ont eu lieu récemment dans l'ordre de la Légion-d'Honneur, nous devons signaler les suivantes : *au grade d'officier* : M. Velpeau, chirurgien de la Charité; M. Charruau. *Au grade de chevalier* : MM. Giraldès, Monod, Nélaton, Richet, Voillemier, chirurgiens des hôpitaux ; Véry, médecin à Paris ; Moura, élève en médecine à Paris (Portugais) ; Coste, médecin à Marseille ; Thiercelin, médecin à Meng (Loiret); James, médecin à Amiens; Percillé, médecin à Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise).

Un concours pour trois places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux, ouvrira à Paris le 16 octobre. Les juges nommés sont : MM. Marjolin père, Blandin, Bérard, Michon, Boyer, Lenoir, Guyot, Husson, Baffos. Suppléants : MM. Ricord et Bazin.

Les épreuves éliminatoires du concours pendant pour deux places de médecin sont terminées depuis le 7 de ce mois. Ont été admis à prendre part aux épreuves ultérieures, MM. Léger, Davasse, Fleury, Becquerel, Bourdon, Fournet, Bouchut et Aran.

Le ministre de l'intérieur vient d'instituer un jury médical près la Commission des récompenses nationales. Ce jury se compose de MM. Velpeau, Baudens, Bazin, Jobert, Laugier, Robert, Deguise, Nélaton, Monod, Sandras, Richet. Le but de ce jury est de classer les blessés de juin selon la gravité de leurs blessures; le nombre des catégories établies est de huit.

MM. les docteurs Dumont et Grisolle viennent d'être nommés membres d'une Commission instituée à l'effet de présenter à l'approbation du ministre de la guerre les listes des citoyens à admettre dans les colonies agricoles de l'Algérie.

On est parvenu à fabriquer avec de l'iode une encre pâle qui disparaît au bout de quelques jours, et dont il est impossible de raviver les traces. La Gazette médicale belge dit que plusieurs personnes ont été victimes de titres écrits à l'aide de ce procédé frauduleux.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA OBSERVÉE AU CAIRE EN 1848, ET SUR LES EFFETS SALUTAIRES DU PRINCIPE ACTIF DU CANNABIS INDICA DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE.

Par le docteur WILLEMIN, médecin sanitaire (1).

Ce fut le 15 juillet, qu'en ma qualité de médecin sanitaire au Caire, je fus tout à coup informé que deux individus avaient succombé avec des symptômes de choléra à Boulac, petite ville située le long du Nil à une demi-lieue du Caire. Je m'y rendis sur-le-champ : je trouvai deux autres sujets tombés malades le jour même, et tous deux à la dernière extrémité. Un cinquième succomba dans la nuit. Les symptômes observés ne me permettaient point de douter que ces sujets n'eussent réellement été atteints du *choléra asiatique ;* leurs autopsies, pratiquées le lendemain, confirmèrent pleinement mon diagnostic.

Les jours suivants, l'affection se propagea rapidement. Le nombre des morts s'éleva successivement de 10 à 23, 29, 36, 52. Ce jour-là, le cinquième de l'invasion de l'épidémie à Boulac, cinq cas de choléra commencèrent à se déclarer au Caire ; ils se terminèrent tous par la mort. Le dixième jour, la mortalité des cholériques s'élevait déjà au chiffre de 117 pour le Caire seul, et de 196 pour le Caire, Boulac et le vieux Caire réunis (localités dont la population totale est évaluée à 300,000 âmes). Enfin le 27 juillet, treizième jour, le chiffre de la mortalité s'élevait à 234. A dater de cette époque, mes observations se sont trouvées subitement arrêtées, ayant été atteint moi-même très-gravement du choléra dans la nuit du 27 au 28 juillet.

Dans le Mémoire que j'ai lu dernièrement à l'Académie de médecine, j'ai exposé la propagation rapide du choléra par toute la basse Egypte ; j'ai dit les ravages qu'il a exercés à Tantah, au centre du Delta, au moment même où une population considérable s'y trouvait réunie pour la grande foire annuelle.

L'épidémie éclata ensuite, et presque en même temps, dans toutes les villes de la contrée, à Damiette, à Rosette, et surtout à Alexandrie, où le nombre des victimes dépassa, plusieurs jours de suite, le chiffre le plus élevé qu'il ait jamais atteint au Caire. (Or, la population de cette dernière ville est trois fois plus considérable que celle d'Alexandrie.) L'épidémie sévit pendant tout le mois d'août ; elle perdit de son inten-

(1) Extrait d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine le 17 octobre 1848. —Voir la pharmacologie du Haschisch, p. 360.

sité au commencement de septembre, et s'éteignit enfin complétement vers le milieu du mois.

On a porté à environ 20,000 le chiffre des victimes que la maladie a faites dans la basse Egypte pendant les deux mois qu'elle y a régné.

On avait prétendu que la maladie avait été importée par une troupe de Noirs descendue de la haute Egypte, et qui aurait semé le mal tout le long du Nil, jusqu'à Tantah, le but de leur voyage. Je crois avoir démontré combien cette assertion est peu fondée.

Un fait bien digne d'attention s'est produit pendant cette épidémie. La petite ville de Boulac se compose de deux parties distinctes, bien qu'elles ne soient séparées par aucune ligne précise de démarcation. La première est formée d'habitations, sinon splendides, du moins assez vastes, espacées et entourées de jardins. La seconde renferme de chétives demeures, serrées les unes contre les autres, étroites, habitées par le bas peuple; c'est là que se trouve le Bazar, quartier sombre et fétide par excellence.

Or, c'est la première moitié, la partie septentrionale de la ville, qui a été exclusivement ravagée par l'épidémie; la seconde a été épargnée. Et j'ajoute que les deux parties n'ont cessé de communiquer librement entre elles. (Encore un fait, après mille, qui me semble un bien puissant argument contre la doctrine de la contagion du choléra!...)

Le même fait s'est reproduit au Caire. Il m'a semblé qu'il pouvait s'expliquer de la manière suivante: pendant l'été le vent du nord est constant en Egypte et sur la Méditerranée; or, on conçoit que si le principe du choléra réside effectivement dans certains éléments morbides transmis par l'atmosphère, la partie septentrionale des villes que j'ai citées, recevant la première l'influence du courant d'air constant à cette époque, ait été plus particulièrement frappée du choléra. Cette première masse d'habitations pouvait servir comme de rempart à la seconde et l'abriter de l'action directe de cette atmosphère funeste.

J'ajouterai qu'à la même époque le choléra sévissait à Constantinople, d'où ce même vent du nord a pu transporter les principes toxiques jusqu'en Egypte.

J'ai signalé l'existence d'un brouillard particulier, observé, pendant le choléra, le soir à l'horizon; brouillard de teinte fauve, tellement particulier, que les Egyptiens ne désignent pas le choléra autrement que sous le nom de *Vent jaune* (Haona-Asphal). Pendant le jour, le ciel était serein comme de coutume, mais il n'était personne qui ne ressentît les effets si pénibles de cette atmosphère lourde, chaude, douée de je ne sais quelle influence malfaisante...

Les symptômes étaient ceux que l'on a décrits partout où l'on a ob-

servé le choléra asiatique. L'épidémie n'a été précédée ni de cholérine, ni d'autre constitution médicale qui permît d'en présager le développement. Mais quand elle se fut déclarée, presque tout le monde se trouva sujet à l'inappétence, aux coliques, aux nausées, à un dévoiement accompagné d'une prostration plus ou moins grande.

J'ai noté, de même que M. Monneret l'avait fait à Constantinople, la moindre fréquence et surtout la moindre intensité des *crampes* chez les Arabes, circonstance qui peut dépendre de l'excitabilité nerveuse moins développée dans cette race que chez nous. Un symptôme particulier que j'ai observé quelquefois, est la *conjonctivite*, phénomène morbide dont l'existence doit se rattacher à la prédisposition des Égyptiens pour l'ophthalmie.

La cyanose, quelquefois difficile à apercevoir, à cause de la teinte brunâtre de la peau, se reconnaissait néanmoins en examinant sous un certain jour l'extrémité des membres. La coloration livide et plombée de la face, l'enfoncement des yeux, les vomissements et les selles caractéristiques suivis d'un prompt refroidissement de la périphérie, avec une sensation de chaleur brûlante à l'intérieur et d'une prostration extrême ; telle était la série des phénomènes de la maladie, qui, dans les premiers temps surtout, se terminaient le plus souvent par la mort, au bout de douze heures, quelquefois plus rapidement encore.

Quand la terminaison n'était point funeste, rarement le retour à la santé était prompt et franc. Le plus souvent on observait, après que la réaction s'était opérée, un état d'irritation du tube digestif, marqué par de la fièvre, la sécheresse de la langue, du dévoiement, état qui persistait plus ou moins longtemps, et finissait quelquefois par prendre le caractère typhoïde. Dans ce dernier cas, la terminaison devenait souvent fatale, après quinze ou vingt jours de maladie.

Le diagnostic offrait parfois de la difficulté au début de la maladie, à sa période prodromale, caractérisée dans certains cas par de l'agitation, de la fréquence et du développement dans le pouls. C'est dans ces circonstances qu'une saignée, pratiquée sans délai, a souvent donné les plus heureux résultats.

J'ai été heureux de lire dans la note publiée par M. Monneret, dans le numéro du 30 mars de ce journal (*Bulletin de thérapeutique*, tome XXXIV, p. 225), que la saignée, contre laquelle il était prévenu, comme je l'étais moi-même, avait souvent produit de bons effets dans l'épidémie de choléra à Constantinople. J'ai vu dans mainte occasion une émission sanguine faire cesser un état qu'on devait considérer, dans la condition de l'épidémie régnante, comme le prodrome d'une attaque de choléra. J'ai même vu, quand les

symptômes de l'affection s'étaient déjà déclarés, la maladie être en quelque sorte enrayée par la saignée, et les sujets revenir plus ou moins promptement à la santé.

Mais je dois le déclarer aussi, il s'en faut que les émissions sanguines aient, dans tous les cas, un résultat aussi favorable. Et bien souvent l'emploi de tous les révulsifs cutanés, frictions, sinapismes, vésicatoires, joints aux boissons prétendues sudorifiques, et secondés par la saignée, est resté inefficace. C'est dans ces circonstances graves, lorsque l'état du malade était pour ainsi dire désespéré, que j'ai essayé un nouveau médicament, *l'extrait résineux du chanvre indien.*

Les cas où j'ai administré cette substance sont au nombre de dix.

Les quatre premiers se rapportent à des malades qui étaient littéralement arrivés à l'agonie. Je leur ai administré de 10 à 15 gouttes d'une solution alcoolique ainsi composée : 10 gouttes contenaient en solution 0 gr. 05 de principe actif du cannabis indica. Je versais cette teinture dans quelques cuillerées d'eau.—Ces quatre premiers sujets succombèrent. Toutefois, je remarquai chez l'un d'eux que le pouls, qui n'était plus perceptible, s'était relevé après la prise du médicament; les évacuations alvines s'étaient arrêtées; il y avait eu excrétion d'urine (signe généralement regardé comme favorable). Mais la malade, jeune femme enceinte de sept mois, retomba bientôt, malgré l'administration d'une seconde dose du médicament, dans une prostration complète, d'où elle ne sortit plus.—Les trois autres sujets étaient, lorsque je les vis, complétement froids, sans pouls, cyanosés, le regard éteint... Je n'administrai à aucun d'eux plus de 12 gouttes de teinture; ils ne tardèrent pas à succomber, soit que la maladie fût trop avancée, ou que la dose du médicament fût trop faible.

Dans tous les autres cas, j'ai vu les malades guérir après l'administration de cette substance; et je répète que ces expérimentations ont toutes eu lieu dans la première période de l'épidémie, à savoir, pendant les treize premiers jours, alors que la plus grande partie des malades atteints du choléra succombait.

Je donnai ce médicament à trois malades dont l'état, bien que grave, n'était pas désespéré comme celui des premiers sujets. Je leur administrai des doses de 8 à 16 gouttes de la solution alcoolique de cannab. indica, et tous trois guérirent. — L'un d'eux, homme d'une trentaine d'années, d'une bonne constitution, se trouvait dans l'état suivant : teint de la face plombé, pupilles dilatées, teinte générale bleuâtre, pouls faible et fréquent, langue chargée, vomissements abondants, respiration accélérée, crampes dans les jambes... (Teint. cannab., 13 gouttes.)

Le lendemain, je trouvai le pouls calme et régulier; le malade avait un peu dormi, il avait encore vomi et eu deux selles; il avait la tête lourde et une expression de demi-tupeur. (Limon., diète.)

Le surlendemain, son état était satisfaisant. Il fut entièrement rétabli au bout de quelques jours.

Enfin, une troisième série de faits se rapporte à trois sujets arrivés pour ainsi dire à la dernière extrémité, et qui cependant guérirent après avoir pris des doses de 18 à 30 gouttes de teinture de cannab. indica, représentant 0,09 à 0,15 de principe actif. Je vais citer sommairement l'un de ces faits.

Achmed, enfant de dix ans, est atteint de choléra dans la nuit du 23 au 24 juillet. Le 24, à neuf heures du matin, après avoir eu de nombreuses évacuations par le haut et par le bas, il est froid, pâle, sans pouls, sans mouvement :

Teint. cannab........ 20 gouttes.

Dans la journée, il a encore trois selles et deux vomissements; mais la réaction se manifeste. Le 25, le petit malade se plaint de quelques douleurs à l'épigastre et dans les hypocondres : la langue est bonne, le pouls fréquent, le facies bon :

Teint. cannab........ 16 gouttes.

Après la prise de la potion, l'enfant a été dans un état d'ivresse assez paisible, suivi de sommeil. Il eut encore trois selles... Enfin, au bout de quelques jours, le rétablissement fut complet.

Le deuxième fait se rapporte à une jeune fille de quinze ans, dont l'état était tout aussi grave; je lui administrai successivement deux doses de 18, puis de 16 gouttes de la teinture. Elle guérit.—Le sujet de la dernière observation n'est autre que moi-même.

Atteint brusquement dans la nuit du 27 juillet, je fus saigné presque dès le début, par notre honorable compatriote, le docteur Clot-Bey; la saignée ne parut produire aucun effet; les crampes dans les jambes, qui étaient atroces, durèrent toute la nuit; ni les frictions, ni les sinapismes, ni deux onces de laudanum employées en onctions, etc., ne purent calmer ces horribles douleurs. Les vomissements s'étaient promptement arrêtés; mais les selles liquides, blanchâtres avaient continué. Le 28, à sept heures du matin, mon ami, le docteur Bouteille, qui a recueilli mon observation en même temps qu'il m'a prodigué les soins les plus empressés, me trouva dans l'état suivant : la face présente un aspect particulier; elle est grippée, amaigrie; la teinte en est livide, ainsi que celle de tout le corps; les yeux sont ternes, enfoncés; il semble qu'un espace existe entre le globe de l'œil et la paupière supérieure. Le pouls est petit et fréquent; la respiration accélérée;

la langue pâle, large et froide au toucher. Il existe de la douleur à l'épigastre ; les crampes sont extrêmement douloureuses, et se renouvellent fréquemment. Le malade est dans un état de grande agitation, en même temps que de prostration complète.

C'est alors que l'on m'administra 30 gouttes de teinture cannab. ind. dans une ou deux cuillerées d'infusion de camomille.

Je ressentis, peu après, une vive chaleur à la tête. La réaction se manifesta, mais je perdis connaissance. (Je n'insisterai pas sur les autres détails de cette observation; je dirai seulement que les jours suivants, je présentai des symptômes de congestion cérébrale. Au bout de cinq jours, mon état s'améliora, mais il se déclara alors une diarrhée, accompagnée de symptômes adynamiques, qui ne cédèrent que lorsque, le 16 août, d'après l'avis de mes médecins et malgré ma faiblesse extrême, on m'eut fait quitter le Caire.)

Tels sont les faits que je puis citer en faveur de l'efficacité du principe actif du chanvre indien dans le traitement du choléra, et que je conseillerai d'administrer à la dose de 0, gr. 10 à 0, 15. Bien qu'ils soient encore peu nombreux, ils m'ont tellement frappé, que je n'ai pas tardé à en informer le public médical, afin de provoquer de nouvelles expérimentations.

Ce médicament, comment agit-il? — Il semble évidemment agir sur les centres nerveux qu'il excite, qu'il ranime, quand déjà leur influence semblait arrêtée ou fort affaiblie : par suite de cette excitation, la circulation se rétablit, et les phénomènes de réaction apparaissent. En stimulant ainsi fortement le cerveau, ce médicament me paraît remplir, dans cette maladie si promptement mortelle, la première, la plus urgente des indications : celle d'empêcher actuellement la vie de s'éteindre.

J'ai été flatté de voir, dans une lettre publiée dans l'*Union médicale* du 19 octobre, le lendemain de ma lecture à l'Académie, M. le docteur Moreau (de Tours) appuyer mes conclusions relatives à l'efficacité de cet agent, non pas seulement *présumable*, mais déjà établie par un certain nombre de faits. M. Moreau partage mon opinion sur l'action de ce principe énergique; il admet que c'est en surexcitant le système nerveux, que ce médicament administré à des cholériques, dans un état de prostration plus ou moins considérable, détermine chez eux la réaction salutaire. A. Willemin.

SI LA VACCINE ADOUCIT LA PETITE VÉROLE QUAND LES DEUX ÉRUPTIONS MARCHENT ENSEMBLE.

C'est une vérité connue et presque vulgaire en pathologie, que lorsque plusieurs maladies envahissent à la fois la même organisation,

elles s'influencent mutuellement, elles réagissent les unes sur les autres. La grossesse, qui n'est pas une maladie, ralentit la marche de la phthisie pulmonaire ; la phthisie pulmonaire dérange et supprime les règles, etc. Si on veut parler de cette espèce d'influence entre la vaccine et la variole, je n'ai rien à dire, et nous sommes tous d'accord ; j'ai vu plus d'une fois la variole arrêter tout net la marche de la vaccine. Si, au contraire, on entend ces propriétés cachées, mystérieuses, en vertu desquelles la vaccine se substitue à la petite vérole et en tient lieu, je déclare que la vaccine ne peut rien contre la variole, lorsque les deux éruptions sont en présence l'une de l'autre et marchent côte à côte. Ses précieuses propriétés, la vaccine ne les possède qu'à la condition d'avoir quelques jours d'avance sur la variole : d'où l'on voit que, dans mon opinion, la vaccine préserve de la variole et ne la guérit pas.

En rendant compte des pièces de correspondances transmises des départements à l'Académie de médecine, j'ai dit que ce cas de coïncidence de la vaccine et de la variole s'était présenté treize fois et plus dans l'année 1846.

Sur ce nombre, il y a deux varioles confluentes, dont l'une s'est terminée par la mort. Et M. le docteur Seutin, de Saint-Girons, à qui le même fait s'est présenté un grand nombre de fois dans le cours de la même épidémie, remarque expressément que *quelques-uns périrent ;* il ne s'explique pas davantage.

Au reste, entre les auteurs dont je rappelle les observations, il n'y a nulle unanimité, nul accord. Tandis que les uns se contentent de dire qu'il n'y avait rien dans la forme et dans la marche des deux éruptions d'où l'on pût inférer qu'elles s'influençaient de quelque manière, d'autres, tels que MM. Laugier, Aragon et Thoré, s'appliquent, non pas à prouver que la vaccine adoucit la variole, mais à la justifier du reproche qu'on lui fait, d'ajouter à ses dangers.

Ce reproche est sans doute l'effet d'un préjugé populaire ; mais quand on remonte à son origine, il est permis de supposer qu'on aura vu quelquefois succomber des enfants qui avaient à la fois la vaccine et la variole, et l'on aura conclu que les deux éruptions se nuisaient mutuellement.

Quelque vicieux que soit ce raisonnement, la science n'en fait pas d'autre lorsque, dans les cas heureux de la même coïncidence, on accorde à la vaccine la puissance de dominer la variole et de l'adoucir.

Peut-être aussi a-t-on cru que parce que la vaccine préserve de la variole, elle devait, et à plus forte raison, conserver tous ses avantages quand elle se rencontrait avec elle.

De quelque manière que se soit établie l'opinion dont nous parlons, elle existe; et ceux qui la défendent ne négligent rien aujourd'hui pour l'établir sur les données solides de l'observation.

Elle n'a pas de défenseur plus éclairé que M. Rayer.

Un de ses élèves, M. le docteur Clérault, a traité ce sujet dans sa Dissertation inaugurale, avec un soin digne de nos éloges. Il a réuni cent onze faits. Un seul lui appartient; il l'a recueilli dans le service de M. Rayer, où nous l'avons vu nous-même. Les autres, il les a pris partout, en France et hors de France, depuis 1801 jusqu'en 1845.

Sur ces cent onze cas, il y a douze morts, c'est-à-dire un sur neuf trois dixièmes. Et cependant, on se félicite du résultat! On s'en félicite d'autant plus, qu'il y avait de très-jeunes enfants. Cinquante avaient quatre ans ou moins de quatre ans, et des vingt-sept dont l'âge n'est pas indiqué, on estime que la moitié au moins étaient tout aussi jeunes.

Eh quoi! on convient que la variole, en face de la vaccine, a tué douze personnes sur cent onze, et on cite ce résultat en preuve de la puissance de la vaccine! En vain dit-on que les malades étaient très-jeunes, pour faire entendre que si la vaccine n'eût pas mis un frein à la rage de la petite vérole, elle eût fait encore plus de victimes : qu'en sait-on? Et, dans tous les cas, toute la question est là.

Remarquez en outre que la petite vérole étant une maladie de l'enfance, c'est principalement sur les enfants que portent toutes les statistiques qu'on en a faites. Or, que disent-elles, ces statistiques? Elles évaluent précisément au dixième la proportion des victimes de la variole, c'est-à-dire quelque chose de moins que la mortalité, dont on la charge quand elle a près d'elle la vaccine pour la tempérer.

Disciple de la même école, M. Legendre procède de la même manière, si ce n'est qu'il prétend à plus d'exactitude. Lui aussi a mis toute sa confiance dans les faits; il a rassemblé cinquante-six cas de variole et de vaccine concomitante. « Quarante-sept, dit-il, eurent une variole bénigne. » Et les autres? Les neuf autres périrent. Encore ici, et dans le même dessein, on ajoute que c'étaient des enfants qui n'avaient pas dépassé trois ans et demi; d'où l'on infère que la vaccine qui accompagne la petite vérole n'est réellement utile qu'aux enfants au-dessous de quatre ans; elle ne peut rien pour les autres. Et cette conclusion, quelque extraordinaire qu'elle paraisse, est rigoureusement dans les faits cités. Mais la raison qui juge les faits dit encore plus haut qu'il est ridicule de limiter la puissance de la vaccine à tel ou tel âge.

Il y a d'autres leçons à tirer de la statistique de M. Legendre, et la première de toutes, c'est que, sur cinquante-six cas de variole et de

vaccine concomitante, on compte neuf morts, ce qui fait presque un sixième. Qu'aurait donc fait de pis la petite vérole, privée de l'assistance de la vaccine? Selon nous, elle n'aurait fait ni mieux ni pis.

A ces faits, qu'il nous soit permis d'en ajouter quelques autres.

M. Gaultier de Claubry a vu deux fois la vaccine en concurrence avec la petite vérole. La première fois, c'était chez un enfant de quatre ans ; la petite vérole fut des plus discrètes, et quoique son frère, de qui il la tenait, l'eût discrète aussi, M. Gaultier crut que la vaccine était pour quelque chose dans cette bénignité.

La seconde fois, c'était chez un enfant de neuf mois. La petite vérole fut des plus confluentes, si bien que le petit malade succomba le treizième jour; et si M. Gaultier suivit son raisonnement, il dut penser que la vaccine n'était pas étrangère à ce résultat.

Et en effet, la vaccine se rencontrant, tantôt avec une variole très-douce, tantôt avec une variole très-grave, ou même mortelle, on peut lui attribuer indifféremment cette bénignité ou cette gravité.

C'est presque toujours ainsi que la nature s'offre à nos yeux; on dirait qu'elle prend plaisir à mêler les faits pour augmenter notre embarras.

Dans une seule épidémie, à Marseille, en 1828, il est mort seize personnes, qui portaient à la fois la vaccine et la petite vérole :

9 en juin ; 3 en juillet ; 2 en août ; 2 en septembre.

Et veuillez remarquer que ce ne sont pas là des faits épars, laborieusement rassemblés ; nous les prenons tous dans les mêmes lieux, dans la même année, dans la même épidémie.

On le voit, il y a des faits pour tout le monde. Mais les faits sont muets ; ils ne disent rien que ce que l'esprit leur fait dire. La petite vérole marche à côté de la vaccine, et, qu'on la suppose aussi bénigne qu'on voudra, le fait dit-il que c'est la vaccine qui lui vaut cette bénignité? Nullement. C'est vous, c'est votre esprit qui invente une cause, qui invente un effet, et qui tire ensuite la conséquence. Et voilà comment on se prévaut souvent des mêmes faits pour soutenir des doctrines toutes différentes.

Enfin, le dernier défenseur de cette doctrine, et, à mon sens, le plus spécieux, celui qui se rapproche le plus des vrais principes, est M. le docteur Hérard, ancien interne des hôpitaux. M. Hérard raconte ce qu'il a vu avec une bonne foi qui respire dans toutes ses paroles. Il défend, dis-je, la même thèse que MM. Legendre et Clérault ; mais s'il n'avait pas de meilleures raisons, il la condamnerait.

Il a vu dix-huit fois la vaccine marcher en compagnie de la variole. Tous les malades, hors un, avaient de vingt mois à quatre ans.

Sur ces dix-huit malades, veut-on savoir combien sont guéris, combien sont morts ? La réponse à cette question contient peut-être la solution du problème.

Onze sont guéris, sept sont morts !

Or, je le demande, si on excepte ces épidémies furieuses comme on en voit de loin en loin, jamais la petite vérole a-t-elle fait tant de victimes ? MM. Legendre et Clérault diraient que les malades étaient très-jeunes. M. Hérard s'élève contre cette explication, et mettant l'âge de côté, il insiste sur l'état où la petite vérole a surpris ces pauvres enfants. Il faut bien, en effet, qu'il y eût en eux quelque chose de particulier, puisque la petite vérole leur fut si funeste. On remarque qu'ils étaient *presque tous* très-malades. Mais pourquoi produire des observations dont vous déclinez vous-même le résultat ? Il faut convenir, en effet, que la proportion des morts est peu faite pour relever la puissance de la vaccine.

Et ce qui prouve bien que la mort était l'ouvrage de la petite vérole, c'est qu'elle a frappé toutes ses victimes du quatrième au dixième jour de l'éruption.

Sept morts sur dix-huit malades ! c'est plus des deux cinquièmes. Après ce pénible aveu, on essaye de se sauver sur les détails. On dit que sur les enfants qui ont survécu, la petite vérole était d'une bénignité remarquable, et qu'elle ne suppura presque pas. Ces deux propositions se tiennent. Plus la petite vérole est discrète, et plus elle est courte ; plus elle est courte, et moins elle suppure. Dans tous les cas, il s'agit de savoir si cette extrême douceur dépendait de la vaccine : c'est l'opinion de M. Hérard, ce n'est pas la nôtre.

Finalement, pour concilier les vues de la théorie avec les données de l'observation, M. Hérard conclut que tantôt la vaccine modifie la variole et tantôt elle ne la modifie pas. Mais la vérité ne s'accommode pas de ces tempéraments. La vaccine n'est pas de ces moyens insignifiants dont l'effet n'a rien de constant. Un demi-siècle d'expérience nous a appris qu'elle prévient toujours la petite vérole, sinon sans retour, du moins pour un temps. Si elle avait encore la puissance de la mitiger quand elle marche à ses côtés, elle en userait tout aussi régulièrement. Si elle ne le fait pas, ce n'est pas caprice, c'est impuissance, c'est qu'on lui reconnaît plus de propriétés qu'elle n'en a.

Vous dites que la vaccine adoucit la variole ; eh bien ! MM. Rilliet et Barthez professent hautement le contraire. Ils disent que, sur les enfants jeunes et faibles, la vaccine, loin de tempérer la variole naissante ou prête à naître, ne fait que la précipiter et ajouter à sa gravité. Et, en preuve de cette manière de voir, ils citent aussi des

chiffres, mais des chiffres effrayants : 36 morts sur 39 malades.

Ainsi, tandis que d'un côté la vaccine est louée pour les adoucissements qu'elle apporte à la petite vérole, elle est réprouvée de l'autre pour le danger qu'elle y ajoute. Entre ces deux partis, nous gardons la neutralité. Nous défendons la variole contre MM. Legendre et Rayer, et nous défendons la vaccine contre MM. Rilliet et Barthez.

Jusqu'ici nous n'avons attaqué le principe que dans ses conséquences. Il nous a paru que c'était le meilleur moyen d'en mettre à nu toute la fausseté. Pour montrer que la variole se joue de la vaccine quand elles sont face à face, il nous a suffi de compter les victimes. Nous pourrions peut-être nous arrêter là; mais entrons un peu dans les détails.

Quels sont donc les changements, les modifications que la vaccine apporte à la petite vérole ? On dit d'abord que l'incubation se prolonge. Il est vrai que les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine, la petite vérole, en se mêlant ensemble, s'influencent et s'interrompent quelquefois, comme pour laisser à la plus pressée le temps de prendre les devants. Mais entre la variole et la vaccine, c'est ordinairement le contraire, peut-être à cause qu'elles sont congénères. Loin de se contrarier, les deux éruptions s'aident et se poussent. C'était l'opinion de M. Guersant; c'est l'opinion de MM. Rilliet et Barthez; tous disent que la vaccine pratiquée pendant l'incubation de la variole en hâte l'explosion.

On dit encore que l'éruption se fait sans règle sur les diverses parties du corps. Il y a tant de vague dans cette manière de parler, qu'on a peine à la comprendre. Veut-on dire cependant que l'éruption ne commence pas par le visage et ne descend pas méthodiquement sur le cou, le tronc et les extrémités? Mais cette succession n'a lieu que dans les cas les plus réguliers, et dans les modèles du genre.

Enfin la variole serait beaucoup plus rapide, jusque-là qu'elle entrerait en suppuration dès le troisième jour et finirait au huitième ou au dixième. S'il y a des varioles en suppuration au bout de trois jours, elles doivent être rares; mais ce qui ne l'est pas, c'est d'en voir de si légères, qu'elles tendent rapidement à la dessiccation ; il en est même que les enfants portent avec tant d'aisance, qu'ils sortent, se promènent et jouent comme s'ils n'étaient pas malades. Mais il est digne de remarque que c'est presque toujours aux dépens de la suppuration que la petite vérole se raccourcit, ce qui revient à dire qu'elle se sèche sans suppurer.

Pour se mettre plus à l'aise, on pose le principe en vue de la conséquence qu'on veut tirer. D'une part, on comprend dans la variole

toutes les éruptions qui lui ressemblent, telles que la varioloïde et la varicelle; et de l'autre, on commence par se faire de la variole un modèle sur lequel on juge ensuite toutes les variétés que la nature présente. Dans ce modèle, la petite vérole a de trois à cinq jours de fièvre primitive, trois jours d'éruption, trois ou quatre de suppuration; la dessiccation commence juste au neuvième ou au dixième jour, et les croûtes tombent du quinzième au vingtième.

Que ce soit la marche la plus ordinaire de la petite vérole la plus régulière, soit; mais que de variations dans la durée! La nature se règle sur le nombre des boutons : plus il y en a, plus la petite vérole se prolonge; et l'inverse, moins il y en a, plus tôt elle finit.

La vaccine aurait-elle, par hasard, la faculté de réduire l'abondance de l'éruption? C'était le principal avantage de l'inoculation, et de celui-là découlaient peut-être tous les autres. Mais quelle différence entre les deux méthodes! Lorsqu'on inoculait le virus varioleux, le sujet était pur de toute contagion, et l'art, tout entier à lui-même, n'avait pas à se défendre contre les conséquences d'une infection naturelle; Que si, par hasard, l'infection l'avait prévenu, alors la variole se montrait telle qu'elle était dans les desseins primitifs de la nature, tantôt discrète et tantôt confluente : si discrète, on ne songeait même pas à en faire honneur à l'inoculation; si confluente, on mettait tous ses soins à l'absoudre. Dans l'un et l'autre cas, tout paraissait naturel et selon la règle.

Ce qu'on refusait à l'inoculation, on l'accorde à la vaccine. On dit qu'elle change la variole naissante ou prête à naître. On dit qu'elle la fait discrète, quand elle se préparait à être confluente. Mais pour soutenir ce système, on ne tient compte que des cas heureux, et on feint d'oublier tous les autres; en d'autres termes, on ne prend de l'observation que ce qui convient, et on rejette le reste.

Ce n'est pas encore tout. Au dire des mêmes apologistes, la vaccine ne se borne pas à réduire le nombre des boutons; elle les transforme, elle les dénature; et la variole, qui est une pustule, se change en varicelle qui est une vésicule, comme si elles dérivaient de la même source, et ne différaient entre elles que du plus au moins.

C'est à l'aide de ces suppositions qu'on nous présente la vaccine comme un puissant modificateur de la variole. Encore si la nature ne faisait que des varioles confluentes et si la vaccine ne se rencontrait qu'avec des varioles discrètes; mais ni l'un ni l'autre. Il y a certainement beaucoup plus de varioles discrètes que de varioles confluentes, et il s'en faut bien que la variole qui marche à côté de la vaccine soit toujours discrète et bénigne.

On estime que pour une variole confluente, il vient au moins dix varioles discrètes. La vaccine a donc beau jeu huit ou neuf fois sur dix. Il faut donc faire la part de cette bénignité naturelle; mais on compte les faits et on ne les pèse pas, on observe et on ne pense pas. On a vu quelques exemples heureux de coïncidence, et sans plus de réflexion, on attribue à la vaccine la modération de la petite vérole.

Un enfant porte la variole et la vaccine en même temps, et la variole est bénigne. D'où peut venir cette bénignité, si ce n'est de la vaccine? Ne dirait-on pas que séparée de la vaccine la variole est toujours maligne?

Après avoir dit que la vaccine modifie la petite vérole, on retourne la question, et on dit qu'à son tour la petite vérole modifie la vaccine. Au fond, on ne s'intéresse guère à cette modification, mais on y voit une présomption du changement de la variole, et on y tient à cause de cela.

Comme pour la variole, on commence par se faire un modèle de la vaccine, et on prétend enfermer toutes ses variétés dans le cercle qu'on lui trace. Ainsi, dans ce nouveau modèle, tous les boutons s'entourent également d'une aréole, et tous reposent sur un fond dur, engorgé; cette aréole et cet engorgement constituent leurs caractères les plus essentiels. Or, admirez la puissance de la petite vérole, elle les atténue, elle les supprime.

Aux mêmes assertions, mêmes réponses. Ce que nous avons dit de la petite vérole, il faut donc le dire de la vaccine. Oui, quelque régulière qu'elle soit en général, la vaccine a pourtant ses irrégularités, ses anomalies, ses dégradations. Le vaccin ne change pas, mais les organisations varient et l'obligent à se modifier dans ses apparences extérieures. Et, par exemple, l'aréole est à peine sensible chez les enfants faibles et délicats : elle est souvent très-légère chez les nouvelles recrues qui nous sont envoyées pour être vaccinées. M. Boucher a fait, de son côté, la même remarque. Les boutons eux-mêmes viennent souvent sans vigueur et se traînent ainsi jusqu'à la fin. On dirait des vésicules plutôt que des pustules.

A l'égard de l'engorgement sous-jacent, il est, en général, proportionné à l'aréole; et, en effet, tout porte à croire que les deux phénomènes sont liés l'un à l'autre et dépendent de la même cause.

Pourquoi donc chercher une cause particulière à un phénomène commun et naturel? Nous le comprendrions si toutes les fois que la vaccine se rencontre avec la variole, il n'y avait ni aréole ni tumeur vaccinale; mais rien de constant à cet égard. On voit la vaccine avec une forte

aréole en présence de la variole, et on la voit avec une très-faible aréole en l'absence de la variole.

M. Clérault n'a vu de ses yeux qu'un seul cas de cette coïncidence, et, quoique la variole fût assez régulière, il y voit l'influence de la vaccine. « La fièvre secondaire, dit-il, ne fut pas en rapport avec la fièvre « primaire; si elle l'eût été, le malade eût probablement succombé. » Eh! qu'en sait-il? Il est dans l'erreur s'il croit qu'il y a toujours proportion entre la violence des premiers symptômes et la violence des symptômes ultérieurs.

Finalement, nous concluons qu'il n'y a nulle réaction de la vaccine sur la variole ou de la variole sur la vaccine. Et plus les deux éruptions se rapportent, plus elles sont libres, indépendantes. Expliquons-nous davantage. On met de côté l'incubation, qui n'est pas la même des deux parts, et on suppose que la variole et la vaccine se fassent jour à la même heure : alors, les deux éruptions se mettent en marche parallèlement avec la même aisance, la même liberté que si chacune était seule et séparée de l'autre. Si la variole doit être discrète, elle le sera; si elle doit être confluente, elle le sera; mortelle, elle le sera. Et réciproquement, la vaccine sera forte ou faible, avec ou sans aréole, comme elle l'eût été dans le plus parfait isolement.

Mais, encore que la variole et la vaccine marchent ensemble, elles peuvent n'être pas de la même date. Supposé qu'elles aient paru l'une après l'autre, qu'arrivera-t-il? Tout dépend de la distance qui les sépare. Si cette différence n'est que de quelques heures et même de deux, trois jours peut-être, tout se passe comme dans la première hypothèse.

Le cas est différent quand l'une des deux éruptions a une grande avance sur l'autre.

Tant qu'elles ne sont pas à la distance où elles s'excluent, elles marchent ensemble; mais elles ne marchent pas parallèlement. La plus avancée conserve tous ses avantages et finit à son heure ordinaire, sans éprouver le moindre dérangement ni dans sa forme ni dans sa durée.

Et l'autre? L'autre la suit de son mieux, et pousse plus ou moins loin. Mais arrive le moment où la capacité varioleuse est comblée par son aînée, et dès lors elle se flétrit et s'éteint comme une plante sur un sol qui ne peut la nourrir.

Il n'y a là-dedans ni action ni réaction; toute l'activité de la première éruption s'épuise à détruire l'aptitude à la variole. Cet effet produit, elle s'éteint à son tour, et s'ôte en mourant la faculté de se reproduire.

Si c'est la variole qui a les devants, la vaccine a beau courir après,

elle s'arrête en chemin, comme elle a fait dans un cas cité par M. Tardieu; si c'est la vaccine qui a l'avantage, la variole subit la même loi; car tout est réciproque entre elles.

Il serait intéressant de connaître exactement les limites au delà desquelles la variole et la vaccine s'excluent absolument, et celles en deçà desquelles elles se supportent.

En principe, on sait qu'elles se donnent l'exclusion dès que l'aptitude varioleuse a cessé. D'où l'on voit que ce problème se lie à un autre, et c'est de savoir à quel moment la variole ou la vaccine prend possession de ses propriétés.

Contentons-nous de remarquer ici que dans ces sortes d'influences de la vaccine sur la variole, et de la variole sur la vaccine, il n'y a rien de direct, rien d'actif, rien de spécial; c'est la suite, c'est la conséquence de la propriété qu'elles ont de se suppléer, de se substituer l'une à l'autre. La vaccine n'arrête pas la variole, c'est la variole qui s'arrête devant la vaccine; et réciproquement la variole ne tranche pas brusquement le cours de la vaccine, c'est la vaccine qui s'interrompt en face de la variole. C'est un droit de préséance. Et cela est si vrai, que plus elles s'éloignent et plus promptement elles se donnent l'exclusion; plus elles se rapprochent, et plus elles ont de liberté et d'indépendance.

Enseigner que la vaccine modifie directement, activement la variole, c'est en avoir une très-fausse idée. On croit donc, dans ce système, qu'elle corrige, qu'elle détruit l'aptitude des hommes à la variole, en imprimant à l'économie un changement en sens inverse de cette aptitude! on croit donc qu'il existe entre les deux éruptions précisément la même opposition de nature qu'on admet, en chimie, entre deux corps qui se neutralisent, ou le même antagonisme qu'on suppose, en médecine, entre une maladie et son spécifique!

Considérés en eux-mêmes, le virus vaccin et le virus varioleux se détruisent si peu, que si on les mêle ensemble et qu'on inocule ensuite ce mélange, il vient deux éruptions parfaitement distinctes, et répondant à leur double origine.

Considérées dans leurs effets, on ne peut pas dire que la vaccine guérisse la petite vérole; on ne peut pas dire même, rigoureusement parlant, qu'elle la *prévienne;* elle en prend la place, elle en tient lieu, il y a substitution; rien de plus, rien de moins.

Ainsi, loin d'expliquer les effets de la vaccine par l'opposition qu'on lui suppose avec la petite vérole, ils s'expliquent au contraire par l'analogie qui les unit, et par la solidarité qui fait que tout est réciproque entre elles. Bousquet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES PLAIES PRODUITES PAR LES ARMES A FEU.

L'étude des blessures par les armes à feu peut être considérée sous deux points de vue fort distincts : l'un théorique ou expérimental ; l'autre pratique et tout entier d'application. C'est à ce dernier exclusivement que nous nous attacherons dans les considérations que nous allons soumettre aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, et qui nous sont, pour ainsi dire, commandées par le résultat de la discussion qui vient d'avoir lieu au sein de l'Académie de médecine. En effet, des opinions si diverses ont été émises, des doctrines si opposées ont été soutenues, qu'on serait presque tenté de se demander si la chirurgie, qui est en progrès sur toutes les autres questions de son domaine, en est encore réduite au doute et à l'expérimentation en ce qui concerne le traitement des blessures produites par les armes de guerre. Cette différence qui, hâtons-nous de le dire, est beaucoup plus apparente que réelle, tient à l'habitude commune à presque tous les chirurgiens, de vouloir envisager les choses chacun au point de vue exclusif de ses idées et de ses doctrines, sans donner une attention suffisante aux principes de ses adversaires et aux faits que l'observation leur a révélés. Il en est résulté que, portée devant l'Académie de médecine, la question qui nous occupe a difficilement pu s'affranchir du joug des autorités individuelles pour se placer sous l'empire des faits généraux. C'est à la presse, libre de tout engagement et désintéressée dans ce débat, qu'il appartient d'en dégager les vérités pratiques que la controverse a contribué à mettre en relief.

Les points que nous traiterons successivement, sans cependant entrer dans tous les développements que comporte à la rigueur chacun d'eux, sont : 1° la forme et la grandeur relatives des ouvertures d'entrée et de sortie des balles ; 2° les hémorrhagies tant primitives que consécutives ; 3° la convenance du débridement dans ces plaies ; 4° l'extraction des corps étrangers ; 5° l'opportunité des amputations ; 6° le pansement et la thérapeutique générale.

Forme et grandeur des plaies. — Des deux plaies, l'une d'entrée et l'autre de sortie, faites par une balle qui a traversé les tissus vivants, un membre par exemple, de part en part, quelle est celle qui présente les plus grandes dimensions ? Cette question, si simple en apparence, et dont la solution ne semblerait pas devoir être un moment

douteuse, a donné lieu aux assertions les plus contradictoires. Depuis les expériences faites par Dupuytren, en 1830, il était généralement admis avec tous les auteurs que l'ouverture d'entrée des balles est plus petite que le trou de sortie ; c'était l'opinion professée par M. Jobert dans son traité des plaies par armes à feu ; c'était celle du professeur Marjolin qui n'admettait pas que, sur cette question, la science pût varier. Aujourd'hui M. Blandin arrive, par voie d'expérimentation, à une conclusion diamétralement opposée à celle de Dupuytren ; il affirme que l'ouverture d'entrée des projectiles est toujours plus grande que leur trou de sortie. Cette contradiction tient-elle à ce que M. Blandin a expérimenté sur des cadavres, tandis que Dupuytren avait étudié les effets des armes à feu sur des planches d'inégale épaisseur ? Quoi qu'il en soit, ce n'est ni dans l'une ni dans l'autre de ces opinions extrêmes qu'il convient de chercher la solution à un problème qui n'a pas seulement un intérêt de curiosité, mais qui, au point de vue de la médecine légale, acquiert une grande importance. Il n'est pas en effet indifférent de pouvoir, sur le simple examen des plaies, déterminer *à priori* la direction suivant laquelle un individu a été frappé ; cette donnée, en faisant connaître de quel côté est parti le coup, peut conduire à la découverte du coupable, comme elle peut aussi détourner des soupçons mal fondés. Un de nos médecins légistes les plus distingués, M. Devergie, a bien senti toute la gravité de cette question ; aussi a-t-il cru devoir de son côté s'en occuper sérieusement, et venir apporter à l'Académie le résultat de ses recherches.

En examinant les ouvertures des balles sur des sujets restés morts sur le coup, c'est-à-dire placés dans des conditions où ni les mouvements des membres, ni ceux de la partie blessée, ni les pansements consécutifs, où rien enfin n'a pu modifier l'aspect de la plaie ; tenant compte en outre des résultats obtenus dans une série d'expériences qu'il a su varier très-ingénieusement, M. Devergie établit en principe que la plaie d'entrée est tantôt plus large et tantôt plus étroite que celle de sortie ; que ces différences résultent de la distance à laquelle le coup a été tiré. A mesure que la distance diminue, on voit s'élargir l'ouverture d'entrée et se rétrécir celle de sortie ; c'est l'inverse qui a lieu quand la distance devient plus considérable. On sait qu'à bout portant l'entrée est très-large, et que le désordre produit dans les parties molles est considérable ; c'est ce qui a été observé chez un grand nombre de blessés dans les malheureuses affaires qui, au mois de juin dernier, ont ensanglanté la capitale. Ceci explique l'opposition qui règne à cet égard entre nos chirurgiens civils, qui n'ont guère vu ce genre de blessures qu'à la suite de luttes dans les rues, où les combattants

sont généralement assez près les uns des autres ; et les chirurgiens militaires qui ont observé sur les champs de bataille, et dont l'opinion est que les plaies d'entrée ont en général une étendue moins considérable que celles de sortie. Toutefois, outre la distance à laquelle l'arme à feu a été tirée, il y a d'autres circonstances susceptibles de faire varier à l'infini le rapport qui existe dans les dimensions de l'une et de l'autre de ces plaies ; telles sont l'importance de l'arme, la quantité de poudre employée, la forme du projectile, le degré de vitesse dont il est animé, et son mode d'incidence à la surface des tissus qu'il atteint; la nature de ceux-ci, la forme qu'ils présentent et le degré de résistance dont ils sont doués. Aucune de ces circonstances ne doit être omise dans l'examen de la question dont il s'agit, et pour la solution pratique qu'il convient de lui donner.

Hémorrhagies. On a cru pendant longtemps que les blessures par armes à feu ne donnaient pas lieu à un écoulement notable de sang ; c'est une erreur que M. Blandin a renversée par de nombreuses observations, qui prouvent que l'hémorrhagie primitive est un fait constant chez les individus atteints par un coup de feu, lorsqu'un vaisseau d'une certaine importance a été blessé ; il est bien vrai que l'hémorrhagie, par des raisons semblables à celles qui existent pour les plaies par arrachement, s'arrête le plus souvent d'elle-même ; mais quelquefois elle continue d'avoir lieu, et elle exige que le chirurgien intervienne promptement. Dans le cas d'une hémorrhagie ainsi primitive, M. Roux conseille de pratiquer la ligature des deux bouts du vaisseau divisé à la surface de la plaie ; c'est le procédé généralement suivi, à moins qu'il n'existe une contre-indication spéciale, comme serait, par exemple, un anévrysme faux primitif ou diffus, qui rendrait le vaisseau difficile à trouver. Quant aux hémorrhagies consécutives, toujours si redoutables dans les plaies avec fractures en esquilles des os des membres, la ligature à distance est la seule qui soit applicable ; il en est de même dans les plaies qui n'intéressent que les parties molles, si celles-ci sont enflammées et si elles sont le siége d'une suppuration plus ou moins abondante; on ne saurait alors, sans commettre une faute grave, songer à lier le vaisseau dans la plaie elle-même.

Débridement. Les chirurgiens militaires ont usé largement du débridement préventif dans les plaies par armes à feu, et ce ne serait pas sans danger, suivant M. Bégin, qu'on y renoncerait d'une manière absolue, ainsi que cela a été conseillé dans ces derniers temps. Sans rappeler ici toutes les raisons qui ont été mises en avant de part et d'autre pour attaquer ou pour défendre cette pratique chirurgicale proscrite par John Hunter, et préconisée surtout par B. Bell, nous dirons

seulement que de nos jours elle est rejetée par M. Jobert, comme inutile et dangereuse, et que M. Velpeau n'y a recours qu'exceptionnellement et pour remédier à des indications formelles et à des accidents déjà manifestes. La pratique de M. Roux est conforme, sous ce rapport, à celle de M. Velpeau, tandis que M. Blandin au contraire, se rapproche beaucoup des idées professées par M. Bégin, et veut, comme lui, qu'on use du débridement dans le cas où certaines conditions de structure anatomique paraissent surtout l'exiger.

Ainsi on débridera dans les plaies qui occupent l'épaisseur de parties molles que recouvrent de fortes aponévroses : telles sont les parties latérales du rachis, la région de l'omoplate ; et plus particulièrement aux membres, l'avant-bras, la paume des mains, la région externe de la cuisse, la partie antérieure et externe de la jambe et la plante des pieds. Sur tous ces points, les aponévroses d'enveloppe très-résistantes et inextensibles deviendraient un obstacle au développement traumatique des tissus qu'elles enserrent, et elles pourraient être une cause d'étranglement pour peu que l'inflammation fût intense et qu'elle s'étendît dans la continuité du membre. « Je me rappelle, dit M. Blandin, un blessé « chez lequel, par condescendance, je m'étais abstenu de débridements « dans une plaie de la partie externe de la cuisse. Il se développa une « tuméfaction énorme du membre, avec empâtement et taches livides. « Je conçus de vives inquiétudes que dissipa heureusement une longue « incision que je pratiquai au fascia lata, et qui eut pour résultat de « faire cesser la compression des parties enflammées. »

Le même fait fut observé par M. Bégin, après la bataille de Dresde en 1813, sur plus de deux cents blessés que des circonstances particulières n'avaient pas permis de soumettre au débridement préventif. Chez tous, les plaies étaient fortement enflammées, la tuméfaction était considérable, et on fut dans la nécessité de pratiquer de larges incisions qui les soulagèrent immédiatement. Ce n'est donc pas uniquement par des vues spéculatives et dans le but de donner, suivant l'expression de J. Bell, de *l'air* et *du vent* aux plaies par armes à feu, que le chirurgien doit être conduit à les débrider ; pas plus que ce ne peut être dans le dessein de les transformer en les ramenant le plus possible aux conditions des plaies faites par un instrument tranchant. C'est comme moyen de prévenir l'étranglement des parties que le débridement doit être conservé, surtout dans la pratique militaire, où il est souvent si difficile de donner aux blessés les soins propres à empêcher le développement des accidents inflammatoires. Le chirurgien y aura recours avec avantage toutes les fois qu'il se trouvera dans l'impossibilité de suivre assidûment son malade ; par exemple à la campagne, où à

cause de l'éloignement, après une première prescription, il peut rester quelques jours sans renouveler sa visite. En pareil cas, il convient de lever par avance tous les obstacles qui pourraient s'opposer au développement inflammatoire des parties molles et devenir ainsi une cause d'accidents graves.

Partisan du débridement, dans la limite que nous venons de tracer, nous dirons néanmoins qu'un traitement antiphlogistique dirigé avec une grande énergie, dès les premiers moments qui suivent la blessure et avant que toute réaction locale se soit produite, peut quelquefois avantageusement le remplacer. Déjà, J. Bell avait rejeté la scarification ou l'agrandissement des plaies par armes à feu, à la condition seulement que les accidents inflammatoires seraient activement combattus au moyen des saignées générales et locales. De nos jours, on a vu un chirurgien, trop tôt enlevé à la science, M. Lisfranc, obtenir par cette méthode les résultats les plus avantageux.

Extraction des corps étrangers. Depuis Celse, qui recommande d'extraire les corps vulnérants de l'épaisseur des parties avec lesquelles ils sont en contact, les chirurgiens ont été d'accord pour enseigner et suivre ce précepte qui a été surtout préconisé par John Bell en Angleterre. Hunter s'éleva vivement contre cette doctrine, et il soutint que les corps étrangers étaient plus inoffensifs pour les parties molles, qu'on ne l'avait cru jusque-là. Ce dogme a trouvé un zélé défenseur dans M. Jobert de Lamballe, qui rejette l'extraction immédiate des balles, comme inutile et dangereuse. Aussi le voit-on, sur dix-sept corps étrangers, en extraire seulement trois, encore étaient-ils placés sous les téguments; quatorze sont restés ensevelis dans la profondeur des parties. Quelques-uns ont été extraits secondairement, mais le plus grand nombre des blessés a guéri, sans subir l'extraction de ces projectiles. Cette conduite est-elle suffisamment motivée par l'innocuité de ceux-ci, et par les difficultés qu'il y a à les rechercher et à les découvrir? Il nous semble qu'on peut, avec la plupart des chirurgiens militaires, différer d'opinion sur ce point avec l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, sans pour cela exagérer le précepte opposé à celui qu'il professe. Ainsi, lorsque la blessure est récente, que le gonflement inflammatoire n'a pas encore eu le temps de se développer, que les tissus par conséquent conservent leur souplesse et leur sensibilité normales, il nous paraît indiqué de tenter l'extraction des corps étrangers ; les recherches nécessaires pour cela n'offrent alors aucun danger et sont peu douloureuses. Si la direction que paraît avoir suivie le projectile était telle qu'on fût fondé à craindre qu'il n'ait lésé une artère de calibre, si une hémorrhagie survenue immédiatement après la blessure, puis arrêtée

d'elle-même, ou un peu plus tard, mettait hors de doute une semblable lésion vasculaire, il n'est pas douteux qu'on devrait alors se garder de sonder la plaie, cette exploration pouvant exposer à déplacer un caillot hémostatique et à renouveler l'écoulement sanguin; cette réserve devrait être aussi observée à l'égard des plaies occupant les extrémités spongieuses des os longs et très-rapprochées, par conséquent, d'une articulation; il en sera de même encore pour un projectile qui aurait pénétré dans l'épaisseur des os du tarse, sans que sa présence pût y être clairement constatée : dans ces diverses circonstances, l'extraction immédiate du corps étranger, en supposant qu'on parvînt à le découvrir, ne saurait avoir lieu sans entraîner les plus graves désordres dans des tissus, qu'en raison même de leur structure anatomique, il importe beaucoup de ménager.

Il vaut mieux alors attendre que le projectile ébranlé par la suppuration soit rendu plus accessible, et qu'il se présente de lui-même après le dégorgement de la partie. C'est ainsi que nous avons agi M. Deguise et moi, chez M. Thayer, chef de bataillon de la garde nationale, atteint le 23 juin par une balle qui entra fort avant dans le tarse du pied gauche, en pénétrant au niveau de l'articulation scaphoïdo-cunéenne. Frappés, mon confrère et moi, des dangers auxquels nous aurions exposé le blessé, en voulant à tout prix retrouver et extraire le projectile, nous attendîmes, et nous eûmes lieu de nous applaudir de notre temporisation; car la balle, dans la période de suppuration, devint mobile; on la sentit alors très-distinctement, et on put l'extraire en toute sûreté.

La distinction que nous avons cherché à établir, et qui nous paraît justifiée par les faits, trouvera sans doute des contradicteurs dans les partisans absolus de la doctrine huntérienne, et ils ne manqueront pas de l'attaquer, en citant des exemples qui démontrent que des balles ont pu, sans inconvénient, séjourner pendant de longues années dans les tissus vivants; mais outre que des observations contradictoires pourraient aisément leur être opposées, il nous suffira de dire que tant que ces corps étrangers subsistent au sein de l'économie, la question d'innocuité n'est pas définitivement jugée; c'est l'épée de Damoclès, qui menace incessamment celui qui le porte; or, est-il d'une saine logique et d'une pratique sage de créer volontairement pour un malade une semblable situation? Nous ne le pensons pas, et, à cet égard, nous nous rangeons à l'opinion de MM. Roux et Bégin, savoir : que l'indication de l'extraction des corps étrangers est toujours présente; que toujours le chirurgien doit chercher à la remplir, mais qu'il doit le faire avec la prudence et les mesures que la raison conseille.

Du même avis sur l'extraction immédiate des projectiles de guerre, MM. Roux et Bégin sont également d'accord pour extraire autant que possible, dans les fractures comminutives produites par les armes à feu, non-seulement toutes les esquilles flottantes qu'on peut reconnaître et saisir, mais encore toutes celles qui sont mobiles quoique adhérentes, lorsque ces adhérences peuvent être détruites sans trop d'efforts ; l'expérience leur a prouvé que presque jamais ces esquilles ou fragments ne reprennent leur vitalité, et qu'ils ne se réunissent pas au corps des os. Enveloppés dans les productions osseuses nouvelles formées par l'intermédiaire du périoste, ils deviennent au milieu d'elles des corps étrangers ; leur présence nuit à la formation du cal, entretient une irritation qui donne lieu souvent à une suppuration prolongée, qui se fait jour à l'extérieur par des fistules intarissables. Pour éviter tous ces inconvénients, ils donnent le conseil d'arriver jusqu'à l'os au moyen de larges incisions, et pour parler le langage de M. Roux, de déblayer le membre de tous les fragments qui s'y trouvent compris. Cette pratique n'est pas goûtée par tous les chirurgiens ; il en est beaucoup qui redoutent de mettre ainsi en communication avec l'air extérieur les foyers des fractures, et qui préfèrent courir les chances d'une consolidation longue à s'établir et plus ou moins difforme, aux inconvénients qui se rattachent à la manière de faire qui vient d'être exposée, et dont un des principaux est de produire nécessairement un notable raccourcissement du membre après la guérison. Suivant nous, on ne saurait pas plus ici, que pour tous les autres points relatifs au traitement des plaies par armes à feu, établir une règle de conduite absolue et invariable ; le chirurgien dans ses déterminations, devra tenir compte d'une foule de circonstances inhérentes à chaque fait en particulier, et qu'on ne saurait prévoir dans une discussion dogmatique.

Amputations. Si la proposition qui précède est vraie pour l'extraction des corps étrangers et des esquilles, elle ne l'est pas moins en ce qui concerne la question si grave et tant controversée des amputations à la suite des plaies par armes à feu. Depuis les débats soulevés au sein de l'ancienne Académie de chirurgie, on s'est fort préoccupé de l'avantage relatif des amputations immédiates et des amputations secondaires ; presque tous les praticiens militaires sont partisans de la première ; les chirurgiens civils, si l'on en excepte M. Roux, se prononcent en faveur de la seconde. Cette divergence d'opinions et de principes, entre des hommes également instruits, n'a rien qui doive surprendre, si on prend la peine de considérer les différences de situation où les uns et les autres sont placés. Sur les champs de bataille, et au milieu de l'agitation des camps et des vicissitudes de la guerre, chirurgiens et blessés sont sous l'empire

de circonstances qu'on ne retrouve pas dans les hôpitaux civils, et il est juste de reconnaître que s'il y a de l'avantage ici à temporiser, il pourrait y avoir là de graves inconvénients à le faire. Mais il se présente une autre question non moins importante et dont la solution serait du plus haut intérêt en pratique, c'est celle de savoir si, dans un cas donné de blessure grave par une arme à feu, il y a chance ou non de pouvoir conserver le membre, de guérir, en un mot, le blessé sans recourir à l'amputation. Un semblable problème, qui repose tout entier sur la justesse du diagnostic et du pronostic, a dû nécessairement donner lieu aux appréciations les plus opposées et par suite, aux opinions les plus contradictoires. L'unité de vues et de principes serait sans doute très-désirable, quand il s'agit d'un point de clinique chirurgicale aussi important; mais, en vérité, ce serait étrangement méconnaître l'esprit humain que d'oser jamais l'espérer. En l'absence de tout précepte rigoureux pour se guider sur ce terrain difficile de la pratique, le chirurgien ne doit pas craindre de se montrer peu partisan de l'amputation immédiate; il vaut mieux, lorsqu'il s'agit de retrancher un membre et de consommer ainsi une perte irréparable, pécher par excès de prudence, et se montrer *trop* que *pas assez conservateur*. C'est d'ailleurs cet esprit de sage temporisation qui anime la plupart des chirurgiens de nos hôpitaux; ils opèrent immédiatement le moins possible, et ils ont souvent de la sorte évité l'amputation dans des cas où elle paraissait irrévocablement indiquée.

Pansement. Le système de pansement le plus simple et le moins exclusif sera le meilleur dans les plaies par armes à feu, qui ne s'offrent pas, il faut bien en convenir, dans les mêmes conditions à leur diverses périodes : le repos absolu du membre est commandé de la façon la plus impérieuse; des topiques frais, les irrigations d'eau à la température de l'atmosphère, conviennent pour modérer la réaction locale et la maintenir dans de justes limites lorsqu'elle s'est développée. La glace, préconisée surtout par M. Baudens, est d'un emploi difficile et qui exige une très-grande surveillance de la part du chirurgien; elle a l'inconvénient de faire tomber la vitalité des parties, surtout si on l'applique au delà des premiers jours, à un degré si faible, que le travail phlegmasique qui doit naturellement s'accomplir dans les tissus est retardé. « On a de la sorte, dit avec raison M. Velpeau, une inflamma- « tion *bâtarde,* une suppuration *sanieuse* mal *élaborée,* et des plaies « qui marchent avec lenteur vers la cicatrisation. » Cependant, on ne doit pas plus rejeter l'usage de ce moyen d'une manière absolue, qu'on ne doit l'accepter dans tous les cas. Il peut être utile pour les individus doués d'un tempérament sanguin, à système vasculaire très-déve-

loppé, chez lesquels il serait à craindre que la réaction traumatique locale ne devînt trop intense ; il est nuisible, au contraire, chez les sujets mous, lymphatiques, qui offrent par conséquent des conditions opposées de tempérament et d'énergie vitale. Ce que nous disons de l'emploi des topiques réfrigérants s'applique également aux narcotiques, aux émissions sanguines, et au régime qu'il convient de donner aux blessés ; c'est dans les indications particulières que le chirurgien cherchera sa règle de conduite, et il variera nécessairement la thérapeutique suivant la nature et l'intensité des accidents auxquels il est appelé à remédier.

En résumé, nous pensons que le précepte suivant : *ars tota in observatione*, doit s'appliquer au traitement des plaies par armes à feu, comme à celui des diverses autres lésions chirurgicales.

Docteur Am. Forget.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DU HASCHISCH.

Le haschisch, dont les propriétés enivrantes spéciales et vraiment extraordinaires piquent si fort depuis quelques années, en France, la curiosité des physiologistes, n'y a cependant jusqu'à présent été étudié au point de vue médical que par MM. Aubert-Roche et Moreau (de Tours). Ce dernier, qui l'a le plus expérimenté, a indiqué les secours que la thérapeutique pouvait en tirer dans le traitement des névroses en général et de l'aliénation mentale en particulier ; quant à M. Aubert Roche, il l'a indiqué contre la peste, où il a eu occasion de l'employer avec avantage. Mais il résulte de la communication faite à l'Académie de médecine par M. Willemin, que le haschisch combat avec succès, non-seulement la peste égyptienne, mais encore le choléra indien qui, aujourd'hui, nous menace de si près.

Cette communication du plus haut intérêt, attendu les résultats inespérés que l'auteur en a obtenus, et les circonstances graves où nous sommes, nous engage à faire connaître de suite aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* l'histoire naturelle, chimique et pharmacologique sommaire du haschisch.

Le mot haschisch est arabe et veut dire proprement *herbe*. Les Orientaux, en l'appliquant au cannabis indica, semblent en faire l'herbe par excellence. Et, en effet, pour beaucoup de populations arabes, le haschisch est considéré comme la source de toutes les voluptés, de toutes les jouissances immatérielles.

Faisons remarquer que sous ce nom de haschisch les Arabes, comme nous d'ailleurs, confondent quelquefois la plante elle-même et ses diverses préparations.

Il résulte des recherches des historiens et des naturalistes que les effets du haschisch sont connus depuis la plus haute antiquité. Le fameux *nepenthès* dont parle Homère, les breuvages à l'aide desquels le Vieux de la Montagne, célèbre personnage du temps des croisades, obtenait les dévouements fanatiques de ses sectateurs appelés *haschischins*, (d'où est venu notre mot assassin), avaient le haschisch pour base. Les préparations fort anciennement connues dans l'Inde et d'autres contrées de l'Asie et de l'Afrique sous les noms de *malach, mosjusck, benghie, buang, assyouni, teriaki*, sont dans le même cas.

Le naturaliste Sonnerat paraît être le premier qui ait apporté du haschisch en France, lors de son retour de l'Inde. On l'avait à peu près perdu de vue, lorsqu'il y a quelques années MM. Aubert-Roche et Moreau (de Tours) ont rappelé l'attention sur cette étonnante substance dont les propriétés et même l'existence sont encore pour beaucoup des productions idéales, des mythes.

Le haschisch, plante, est le *cannabis indica*, de la *Diœcie hexandrie* de Linnée et des *Urticées* de Jussieu. Il est commun dans l'Inde et quelques contrées de l'Afrique, par exemple en Égypte, où on le cultive pour les besoins des haschischeurs. Il croît très-bien en France et même y vient plus vigoureux qu'en Orient, mais il n'y acquiert point les qualités, du moins à beaucoup près, de celui venu en Orient. Aussi doit-il être rejeté soit comme médicament, soit comme objet de simple curiosité. Le chanvre indien exotique est moins développé, plus grêle que notre chanvre ordinaire ; autrement, il lui ressemble à ce point que pour beaucoup de botanistes il constitue simplement une variété et non une espèce distincte.

L'époque de végétation à laquelle le chanvre indien a acquis le summum de ses propriétés narcotiques paraît être, si l'on en croît l'expérience des Arabes, celle où il est en fleur et même lorsqu'il commence à grener ; et la partie de la plante la plus active serait les sommités fleuries. Le hachisch, en effet, que nous avons reçu dans le temps et qui avait été acheté sur un bazar de Constantinople, de même que celui qui nous avait été envoyé par M. Barbet, pharmacien d'Alexandrie, se composait du sommet des tiges portant feuilles, fleurs et fruits à la fois. En masse, le chanvre indien a une odeur forte particulière, qui, respirée trop longtemps, peut causer des vertiges ; odeur qui rappelle du reste celle du chanvre de nos champs à l'époque de la floraison ; mâché, il n'a presque pas de saveur.

Le chanvre indien, ainsi que ses préparations, dont les principales sont l'*extrait gras* et le *dawamesc* ne sont nullement considérés comme médicaments par les Arabes ; aussi sont-ils du domaine public. Dans plusieurs contrées de l'Asie et de l'Afrique, ils se vendent sur les bazars. En Algérie, bien qu'ils n'y soient pas rares, il est assez difficile de s'en procurer.

La plante en nature est beaucoup moins usitée que les deux préparations que nous venons de citer. Cependant, dans quelques contrées on le fume ou on le mâche à la manière du tabac, soit seul, soit mêlé avec ce dernier ou à d'autres substances. Usé ainsi chez nous, il ne produit aucun effet. Dans quelques pays on le pile dans un mortier de bois, et lorsqu'il est en poudre on en fait avec de l'eau une pâte que l'on avale par petites boules. Le *madjound* des Algériens est un mélange de miel et de poudre de haschisch. On prépare aussi directement avec le haschisch des infusés, des décoctés et des boissons diverses.

L'*extrait gras* de haschisch des Arabes est obtenu en faisant bouillir les sommités fleuries de la plante fraîche avec du beurre et un peu d'eau comme intermède. Lorsque celle-ci est évaporée et que le beurre est suffisamment chargé du principe actif, on passe.

C'est une préparation unguentiforme tenace, d'une couleur jaune verdâtre rappelant un peu celle de notre populéum, d'une saveur âcre et d'une odeur un peu nauséeuse, mais où celle caractéristique du haschisch se démêle parfaitement de celle propre au beurre. Il rancit, mais assez difficilement, ce qui s'explique par la présence de la résine du cannabis.

L'extrait gras, qui est la préparation la plus active que les Arabes obtiennent du haschisch, se prend à la dose de 2 à 4 grammes, soit en boulettes, soit dans une tasse de café noir. Le professeur Rech, de Montpellier, dans ses expériences, l'a administré d'emblée à la dose de 10 grammes. M. Moreau (de Tours) a pu en faire prendre jusqu'à 16 grammes, sans éprouver d'accidents. Du reste, selon ce dernier, par des doses excessives de haschisch, des phénomènes physiologiques des plus intenses peuvent se développer , mais non se terminer d'une manière funeste. Les faits ne nous paraissent pas assez nombreux pour accepter entièrement cette sorte d'immunité que l'expérimentateur de Bicêtre accorde au haschisch.

L'extrait gras, en raison de sa saveur âcre et nauséeuse, est rarement employé par les Arabes, mais ils lui font revêtir les formes d'électuaire, de pâtes, de pastilles, en lui ajoutant force aromates, comme cannelle, vanille, muscade, essences de rose, de jasmin.

Le *dawamesk*, qui est la principale de ces préparations, est une

sorte d'électuaire dont la base est conséquemment l'extrait gras auquel on adjoint du sucre, des pistaches, des amandes douces et des aromates, parmi lesquels le musc doit figurer, d'après l'étymologie du nom de la préparation.

Sa saveur et son odeur sont assez agréables ; sa couleur est verdâtre ou brunâtre. On y rencontre assez souvent des fragments assez gros de pistaches. M. Decourtive prétend qu'il contient quelquefois de la noix vomique et autres toxiques.

On le prend à la dose de 30 grammes, soit délayé dans du café à l'eau, soit sous forme de bols. Les effets se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure et quelquefois au bout d'un laps de temps beaucoup plus long après l'ingestion, selon les tempéraments. Les individus à constitution nerveuse sont plus rapidement impressionnés que les individus lymphatiques.

Les Arabes nomment *kief* cette sorte de stupeur voluptueuse produite par le haschisch, qui n'a aucun rapport avec l'ivresse causée par le vin, et laisse loin en arrière celle causée par l'opium. Les expérimentateurs français l'ont nommée *fantasia*, d'un autre mot arabe déjà francisé, il est vrai, dans un sens un peu différent.

Lorsqu'on prend du haschisch par plaisir, on doit être à jeun, afin d'éviter une indigestion, des vomissements, ce qui cependant n'arrive guère que si la dose est élevée ou si l'on résiste à son influence.

Ce ne serait pas impunément que les amateurs qui pourraient se former chez nous abuseraient des sensations que procure le haschisch, car cette substance possède une action homœopathique qui pourrait leur devenir fatale. En effet, s'il peut amener la cure de l'aliénation mentale chez les individus qui en sont atteints, il peut, en retour, par son abus, la développer chez les sains d'esprit. Les haschischeurs orientaux de profession sont dans un état permanent de marasme et d'imbécillité.

La composition chimique du *cannabis indica* est encore mal connue; mais on sait qu'il doit ses propriétés narcotiques à une substance résinoïde nommée *cannabine*, dont nous allons maintenant faire connaître deux modes de préparation.

Le premier est de M. Smith. Après avoir concassé la plante, on la met à digérer à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, exprimant chaque fois, jusqu'à ce que l'eau sorte incolore. Puis on la met macérer avec un soluté de carbonate de soude dont la quantité soit égale à la moitié du poids de la plante sèche. Au bout de deux ou trois jours on décante, et l'on met la plante en presse. Ensuite on la lave jusqu'à ce que l'eau sorte presque incolore, afin d'enlever une matière brune et un acide gras inerte.

On sèche bien la plante, qu'on met à macérer avec de l'alcool rectifié ; on filtre et l'on ajoute au produit du lait de chaux en crème dans la proportion de 30 grammes de chaux pour 500 de plante. La chaux s'empare de la chlorophylle et de l'acide gras échappé à l'action de la soude. On filtre, et on ajoute à la liqueur filtrée un léger excès d'acide sulfurique qui précipite la chaux qui y était dissoute. On agite le tout avec un peu de charbon animal et on filtre de nouveau.

La liqueur filtrée est distillée afin de retirer le plus d'alcool possible. Le résidu est placé dans une capsule avec trois ou quatre fois son volume d'eau. Par l'évaporation, ce qui restait d'alcool est chassé, et la résine se précipite au fond du vase. Le liquide surnageant est décanté et la résine lavée à l'eau froide jusqu'à ce que celle-ci cesse d'acquérir une saveur âcre ou amère. Enfin on fait sécher la résine, soit spontanément, soit à l'aide de la chaleur du bain-marie.

Le deuxième procédé est de M. Decourtive, auteur d'une Thèse spéciale fort intéressante sur le haschisch. Le voici : on réduit les feuilles sèches du haschisch en poudre grossière ; on fait digérer celle-ci pendant quelques heures au bain-marie, avec cinq fois son poids d'alcool à 80 degrés ; on passe avec expression et on épuise le résidu par de nouvel alcool. On filtre les liqueurs ; on retire par distillation le plus possible d'alcool, puis on évapore au bain-marie en consistance extractive ; on traite le produit par l'eau froide qui s'empare de l'extractif, et ne touche pas à la résine. On reprend celle-ci par l'alcool à 90 degrés ; on filtre encore et on évapore en consistance à la chaleur de l'étuve.

M. Decourtive dit avoir obtenu, par son procédé, du cannabis indica 9/100 de résine. Celui de M. Smith n'en fournit que 7/100. Mais le produit obtenu par le procédé Smith paraît être plus pur que celui qu'on obtient par le procédé de M. Decourtive.

La cannabine, dont les propriétés physiques sont sujettes à varier un peu, se présente ordinairement sous forme d'une matière amorphe brune en masse, et verdâtre en lames minces ; chauffée sur une lame de platine, elle se liquéfie, prend feu et brûle sans résidu. Elle a une odeur aromatique et nauséeuse ; sa saveur est poivrée, âcre et tenace ; elle est insoluble dans l'eau, ce qui doit faire renoncer aux formes d'infusés ou de décoctés de haschisch comme stupéfiant. Elle est soluble à froid et à chaud dans l'alcool, l'éther, les graisses, les huiles fixes et volatiles.

M. Moreau s'est assuré que 10 et même 5 centigrammes de cannabine préparée par le procédé de M. Decourtive, produisent les mêmes effets que 2 grammes d'extrait gras ou 15 et 30 grammes de dawamesk.

La cannabine, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est-elle un produit

homogène ou un produit complexe, c'est-à-dire un mélange de différents produits dont jusqu'à présent on n'a pas su opérer le départ ? Nous serions assez disposé à admettre cette dernière hypothèse et à penser que la cannabine sera un jour extraite dans un état chimique parfaitement défini et avec les caractères d'un alcaloïde.

Quoi qu'il en soit, la cannabine, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est le produit haschischique employé au Caire par le docteur Willemin contre le choléra indien, et qui semble devoir être préféré pour les divers usages médicaux qu'on pourra lui trouver par la suite. En effet, le haschisch peut être ainsi dosé sûrement; tandis que les autres préparations, contenant son principe actif en proportion variable, selon la richesse de la plante dont on s'est servi, ou le procédé suivi pour leur obtention, ne le permettent pas, ou du moins qu'à peu près. Seulement, nos praticiens auront à rechercher les adjuvants et excipients propres à assurer son action; car il paraît bien démontré que certaines substances déterminent, exaltent les effets du haschisch. Une tasse de café, par exemple, prise en même temps ou après l'ingestion d'une préparation de haschis en assure l'action.

La cannabine se prête facilement à la forme de pilules, de pastilles, et à celle d'alcoolé. C'est sous cette dernière, ajoutée à un infusé de thé ou de camomille, que le docteur Willemin a employé le médicament. Cet alcoolé ou teinture de cannabine avait été préparé par M. Gastinel, pharmacien au Caire, dans les proportions d'un grain de cannabine pour 10 gouttes d'alcool, ce qui, en calculant le poids de la goutte d'alcool, constitue un alcoolé au sixième ou au septième. Mais, considérant que des proportions en poids et rentrant dans le système décimal sont plus rationnelles et plus commodes pour la mémoire, nous proposons la formule suivante qui donne un alcoolé un peu plus faible :

Alcoolé de cannabine (au 10me).

Cannabine..............................	1 gramme.
Alcool à 90°............................	9 grammes.

Faites dissoudre; laissez en contact quelques heures et filtrez.

1 gramme de cette teinture contiendra par conséquent 10 centigrammes de cannabine, dose que conseille le docteur Willemin dans le traitement du choléra.

La forme de pilules (argentées ou dragéifiées), dans les cas ordinaires, est certainement préférable à celle d'alcoolé qu'il faut faire prendre dans une boisson aqueuse, que la cannabine trouble, y étant insoluble. Mais dans les cas de choléra, par exemple, où il faut obtenir l'effet

de suite et où les malades ne peuvent avaler rien de solide, on conçoit, au contraire, l'avantage de ce dernier.

Dans l'Inde, où il paraît que depuis longtemps on extrait la cannabine, on l'appelle *résine de ganja* ou *guaja*.

Le haschisch, bien que narcotique et stupéfiant, doit être aussi classé, selon le docteur Moreau, dans certaines périodes de son action, parmi les stimulants généraux excitateurs, tels que la strychnine, l'électricité, etc.

Avant que M. Willemin eût fait connaître l'efficacité du haschisch contre le choléra, nous avions fait remarquer les rapports qui existent entre le haschischisme et l'éthérisme. Or, des relations concernant le choléra, il résulterait qu'on a obtenu des succès avec le chloroforme ; ce serait donc un rapport de plus constaté entre ces deux phénomènes physiologiques. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES ESSAIS SUR L'EMBAUMEMENT DES FLEURS.

Un des plus beaux phénomènes de la nature, la coloration des végétaux, est resté jusqu'à ce jour un mystère pour la science. Les travaux des Decandolle, des Virey, des Berzélius et de bien d'autres chimistes ont échoué devant cet important problème.

Si quelques-uns de ces savants sont parvenus à expliquer l'influence délétère que le temps ou les agents chimiques exercent sur cette coloration, aucun d'eux n'a indiqué le moyen de la conserver. Le coloris des fleurs est comme leur arôme, inimitable ; réussir à le fixer sur la plante, pour un temps indéfini, serait une conquête d'autant plus précieuse que les botanistes n'en seraient plus réduits, dans leurs voyages lointains, à reproduire, par le dessin et la peinture, des plantes dont ils ne peuvent jamais donner qu'une pâle et incomplète image, ou à rapporter desséchés entre les feuilles d'un herbier des sujets qui sont à la fleur ce qu'un squelette informe est à un corps animé ; ou enfin à recourir à l'art imparfait du fleuriste, qui n'est qu'une parodie de la nature ; car nous ne pouvons admettre que l'homme puisse imiter l'élégante ténuité d'une tige ou d'un pédoncule, la molle souplesse d'une feuille, la corolle aux capricieux replis, le pétale velouté, l'étamine et son pollen impalpable.

Les journaux ont dernièrement annoncé qu'un botaniste suédois avait présenté à l'Académie de Stockholm un thé nain parfaitement conservé. Il est à regretter, si le fait est vrai, que l'auteur d'une si parfaite découverte n'ait pas fait connaître son mode de conservation ; car

il aurait rendu un service immense à une branche importante de l'histoire naturelle, et le monde savant devrait à son auteur une reconnaissance éternelle.

Pour nous, moins heureux que ce botaniste, nous n'avons pu voir nos efforts couronnés d'un pareil succès ; après cinq ans d'essais et de recherches, nous n'avons pas réussi à conserver une plante au delà d'une année.

Ordinairement, dans les sciences comme dans les arts, on tait un insuccès, et peut-être eussions-nous dû politiquement imiter cette réserve ; mais nous estimons que l'intérêt de la science doit être le principal mobile de ceux qui l'aiment et la cultivent, et nous avons pensé que nos expériences pourraient peut-être servir de point de départ à ceux qui voudraient se livrer aux mêmes études, pour arriver à de meilleurs résultats.

Une plante détachée de sa tige, c'est-à-dire, isolée des organes de la vitalité et à laquelle on conserve la couleur, la forme, le maintien et l'aspect que la nature lui a donnés, n'est autre chose qu'une plante embaumée. Pour obtenir cet embaumement, il faut nécessairement faire usage des agents chimiques qui sont en notre possession, à moins que le hasard, ce grand auteur de toutes les inventions, ne vienne nous révéler des procédés inconnus.

Les couleurs des plantes sont dues, comme on le sait, à des combinaisons entre les trois grands principes qui composent le règne végétal, si ces principes générateurs, qui donnent des produits tantôt acides, tantôt alcalins, pouvaient en s'unissant ne former que des couleurs simples, mais variées, la chimie trouverait des agents conservateurs ; mais ils ne donnent que des couleurs mixtes qui constituent le violet, le rose, le pourpre, et ces mille autres nuances qui diversifient si agréablement les fleurs.

D'après nos essais, nous pouvons affirmer que l'embaumement des plantes ne peut se pratiquer ni par l'injection, ni par l'absorption d'un liquide. Selon nous, il n'y aurait qu'un moyen pour arriver à un résultat convenable, ce serait d'employer l'immersion ; mais il faut trouver ou composer un liquide qui n'ait aucune action sur le principe colorant, qui ne dissolve aucun des sucs propres, qui puisse pénétrer le parenchyme et la fibre végétale sans les altérer ; un liquide, enfin, qui se combine avec toute la plante sans en changer l'état physique.

Parmi les nombreuses dissolutions que nous avons employées, il en est quelques-unes qui auraient pu être préconisées si on pouvait douter des ressources de la science ; mais nous espérons.

Les solutions aqueuses de sublimé corrosif altèrent assez prompte-

ment le principe colorant des végétaux, mais les plantes qu'on y plonge y conservent toujours leurs formes physiques; on doit attribuer cette action à la propriété qu'a le sel mercuriel de coaguler l'albumine, de se convertir en protochlorure, et de former dans le végétal une incrustation protectrice.

La dissolution aqueuse de quinine éloigne les infusoires, mais n'empêche pas le sujet de s'altérer.

Les solutions aqueuses, plus ou moins saturées de chlorure de zinc, de sulfate d'alumine arseniqué, d'arséniate de potasse, de tannin, de créosote, ne sont que de mauvais conservateurs.

L'huile d'amandes douces conserve admirablement les plantes de la famille des térébinthacées, des myrtacées, tous les végétaux qui ont une texture forte et vigoureuse, et qui ne contiennent que très-peu d'eau de végétation.

L'éther sulfurique, comme l'ont observé M. Robiquet père, dans son analyse de la jonquille, et M. Bouchardat, dans ses recherches sur les sucs végétaux, dissout les principes colorants tout en isolant les liquides que la plante contient.

L'alcool s'empare de l'eau de végétation, dissout la clorophylle, les huiles essentielles, les résines, et ne laisse à la plante que les sels minéraux et la charpente ligneuse.

Dès que le chloroforme a été signalé, j'ai fait de nombreux essais pour m'assurer si cette substance pouvait être employée avec succès à la conservation des végétaux. Je n'ai pas tardé à être éclairé à cet égard, car aussitôt qu'on met une fleur en contact avec lui, les couleurs en sont promptement altérées. Le chloroforme décolore la plante sans en isoler l'eau de végétation, comme le font l'éther et l'alcool; on doit le ranger parmi les mauvais conservateurs.

Le sable très-fin peut être employé pour dessécher les plantes, surtout celles qui sont grêles ou ligneuses, ou bien celles qui ne contiennent que très-peu d'eau de végétation.

Valmont-Bomare prétendait que l'on pouvait conserver très-longtemps des fleurs en les renfermant dans des vases où on faisait le vide. Nous avons constaté que ce procédé est insuffisant; il n'est bon tout au plus qu'à garder des fleurs dont on désire composer un bouquet.

Les plantes cultivées se conservent aussi bien que les fleurs qui croissent naturellement, parce qu'elles sont plus riches en couleurs, qu'elles contiennent beaucoup d'eau de végétation et qu'elles ont une texture moins ligneuse que les plantes qui croissent naturellement.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALOPECIE (*Un mot sur le traitement de l'*). Dans notre dernier numéro, nous avons consacré un article au traitement des maladies du cuir chevelu. Pour compléter ce qui est relatif à ce traitement, nous avons à parler des moyens thérapeutiques dirigés contre l'un des symptômes les plus désagréables de ces maladies, nous voulons parler de l'alopécie. L'alopécie réclame des moyens différents suivant la nature de l'affection qui l'a produite. La peau est-elle saine, c'est l'état général qu'il faut combattre (dans l'alopécie syphilitique, par exemple). La peau est-elle malade, il faut s'attacher à caractériser l'affection qui a entraîné l'alopécie. Tous les moyens excitants, tant vantés contre la calvitie, ne réussissent que dans les alopécies par défaut de sécrétion. Le porrigo decalvans réclame les eaux thermales sulfureuses, les lotions et pommades excitantes de toute nature, parmi lesquelles M. Cazenave recommande surtout les onctions faites le soir avec un peu de la pommade suivante :

PR.	Moelle de bœuf préparée	30 gram.
	Teinture aromatique du Codex	4 gram.

M. Cazenave conseille en outre, avant d'appliquer la pommade, de laver les parties malades avec de l'eau salée. Parmi les alopécies qui tiennent à une inflammation superficielle ou profonde du cuir chevelu, il en est deux surtout qui sont fréquentes : celle causée par l'herpès tonsurant et celle qui est produite par le pityriasis. Contre la première, M. Cazenave prescrit, en outre, des lotions alcalines et des bains alcalins, dont les avantages ont été exposés dans notre dernier article; des onctions faites sur les plaques malades, le soir, avec un mélange comme suit :

PR.	Tannin	1 gram.
	Axonge	30 gram.
	Eau	Q. S.

Et contre la seconde, pour traitement général quelques boissons amères ou quelques laxatifs, et pour traitement local, selon que l'inflammation est plus ou moins intense, des lotions alcalines, des onctions avec une pommade au borate de soude (1 à 2 grammes pour 30 ou 40 d'axonge), ou seulement des lotions avec de l'eau de son ou de laitue. (*Union médicale*, septembre 1848.)

ANKYLOSES INCOMPLÈTES (*Sur les bons effets des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains dans les*). Nous avons publié, il y a quelques mois, l'analyse d'un travail remarquable sur les eaux thermales de Bourbonne-les-Bains, et nos lecteurs se rappellent probablement que l'auteur signalait ces eaux comme principalement utiles dans le traitement des maladies des os, des articulations, et des parties fibro-musculaires. Dans le Mémoire que nous avons sous les yeux, l'auteur, M. Planté, s'est occupé seulement des effets des eaux thermales de Bourbonne, dans le traitement des ankyloses incomplètes. Treize observations, recueillies par lui, démontrent que si ces eaux ne produisent pas la guérison dans tous les cas d'ankyloses, elles amènent au moins une grande amélioration (disparition des douleurs rhumatismales, lorsqu'elles compliquent l'ankylose, meilleure nutrition du membre, diminution considérable de l'engorgement; enfin, étendue plus grande des mouvements). De ces 13 observations, 3 sont relatives à des ankyloses du genou. La première chez un homme de quarante ans. L'ankylose était angulaire, et consécutive à une blennorrhagie. Le malade a pris les eaux, pour la première fois, en 1845. Il en est résulté une amélioration tellement notable que, à la fin de la première saison, c'est-à-dire après l'usage de 42 bains, de 35 douches, et à peu près 80 verres d'eau en buisson, l'angle que formait la jambe avec la cuisse, de droit qu'il était, était devenu obtus. La sécrétion de la synovie n'était cependant pas encore entièrement rétablie, et les mouvements imprimés à l'articulation déterminaient des craquements. Le malade a pris les eaux, pour la seconde fois, en 1846. A la fin de la saison, la guérison était complète. Le résultat a été moins favorable pour les deux autres malades : l'un présentait une ankylose presque complète du genou droit, suite de coups de feu à la partie supérieure de la jambe, avec teinte cyanique et sensation de froid. 47 bains

et 40 douches ont amené de l'amélioration dans le mouvement de flexion du genou, ont donné de la force au membre, diminué la sensation de froid et la teinte bleuâtre de la jambe, sans pour cela déterminer une guérison complète. Le troisième, qui portait une ankylose complète du genou gauche, suite de coup de feu, n'a obtenu d'autre résultat de l'emploi des eaux que la diminution des douleurs. Quatre ankyloses du coude, dont une suite de chute, deux autres, suites de coup de feu, et la quatrième, affection rhumatismale, ont été suivies, sous l'influence des eaux de Bourbonne, d'une amélioration des plus évidentes; amélioration qui, dans un de ces cas, peut être considérée comme une guérison complète (circonstance d'autant plus curieuse, que l'ankylose était consécutive à une fracture, par arme à feu, de la pointe de l'olécrâne, et à des adhérences fibreuses entre cette apophyse et le cubitus). Quatre ankyloses du cou-de-pied figurent encore parmi celles qui ont été soumises à l'emploi des eaux de Bourbonne: la cause de ces ankyloses était, dans deux cas, une entorse; dans un autre, une fracture de la jambe, et, dans le quatrième, une plaie d'arme à feu. Dans les deux cas d'entorse, les mouvements out pris plus de force, plus d'étendue et de fermeté; et dans le cas de plaie d'arme à feu, le malade a gagné tout ce qu'il pouvait espérer, un certain degré de souplesse dans les articulations du pied. Deux ankyloses incomplètes de l'épaule, suites de coups de feu, ont été suivies d'une grande amélioration, et l'un des deux malades, après deux saisons, a pu reprendre sa place dans son régiment.—Nous croyons d'autant plus utile de donner de la publicité à ces faits, que la position parfaitement désintéressée de M. Planté ne peut laisser aucun doute à leur égard, et que la concordance de ces résultats avec ceux de M. Maynard les convertit en véritables axiomes thérapeutiques. (*Thèses de Montpellier.*)

ARSENIC (*Empoisonnement par l'*) *traité avec succès par la magnésie calcinée.* Ce ne serait pas de trop de posséder deux moyens sur l'efficacité desquels on pût également compter pour prévenir les terribles effets de l'empoisonnement par l'arsenic. Nous avons rapporté dans ce journal de nombreux exemples des bons effets du tritoxyde de fer hydraté. D'après plusieurs chimistes, et notamment M. Bussy, on trouverait un antidote non moins assuré dans la magnésie calcinée, qui a la propriété d'absorber avec facilité l'acide arsénieux en dissolution. L'observation suivante vient témoigner en faveur de l'efficacité de cette substance.

Le docteur Garbiglietti fut appelé auprès d'un jeune homme de vingt-six ans qui, depuis un heure, se plaignait de violentes douleurs à l'estomac et d'un sentiment de constriction à la gorge; son pouls était déprimé, filiforme, irrégulier, les battements du cœur tumultueux et petits, les extrémités froides, les traits profondément altérés; il était en proie à des spasmes cloniques avec contraction des mâchoires et agitation excessive; des matières sanguinolentes étaient rendues par le haut et par le bas: en un mot ce jeune homme présentait tous les symptômes d'un violent empoisonnement. On apprit, en effet, qu'il s'était empoisonné avec de l'arsenic. M. Garbiglietti voulait administrer de suite du tritoxyde de fer hydraté; mais n'ayant pu s'en procurer qui fût récemment préparé, il eut recours à la magnésie. Il en fit avaler d'abord 2 gros dissous dans un demi-verre d'eau. Une demi-heure après, 2 autres gros de magnésie furent administrés. Au bout d'une heure environ le pouls s'était relevé, la chaleur était revenue à la peau; les douleurs épigastriques avaient complétement disparu, le visage était redevenu naturel. Le malade fit un sommeil d'une demi-heure; à son reveil, il eut une copieuse évacuation alvine de matières noirâtres, sanguinolentes, très-fétides; aucune émission d'urine n'avait encore eu lieu.—Le lendemain matin (les premiers accidents s'étaient manifestés à dix heures du soir), le malade était tranquille; son pouls était élevé et vibrant; il ne se plaignait d'autre chose que d'un sentiment d'ardeur à la gorge, d'une grande prostration des forces, et de quelques légères crampes aux extrémités inférieures. Ce ne fut que vers dix heures (c'est-à-dire au bout de douze heures) qu'il put, pour la première fois, rendre une petite quantité d'urines très-troubles, rougeâtres et fétides. Un réaction fébrile se manifesta et dura jusqu'au troisième jour, où commença à s'établir la convales-

cence. — On apprit par le malade qu'il avait avalé environ 12 grains d'arsenic dissous dans un demi-verre d'eau fraîche.

En supposant que la magnésie et le tritoxyde de fer eussent une efficacité égale, la magnésie aurait un avantage qui devrait déterminer la préférence en sa faveur, c'est son innocuité à peu près complète, quelle que soit la dose à laquelle on l'administre; tandis que le tritoxyde de fer ne saurait être donné, sans inconvénient, à des doses un peu élevées. Il y a encore en faveur de la magnésie la facilité avec laquelle on peut se la procurer. Toutefois il est bon d'ajouter que la magnésie ne jouit plus des mêmes propriétés lorsqu'elle est fortement calcinée. Ainsi la magnésie qu'on expédie d'Angleterre sous le nom de magnésie de Henry, est trop calcinée pour pouvoir servir d'antidote. (*Giornale dell' Acad. di Torino.*)

ASSACOU (*Du traitement de la lèpre tuberculeuse* (*éléphantiasis*) *par l'*). Bien que l'Europe soit presque entièrement affranchie de la lèpre, on voit encore, de loin en loin, quelques cas de cette maladie qui sont offerts à l'observation des médecins de l'hôpital Saint-Louis, par des individus venus des contrées où cette terrible affection sévit encore : l'Égypte, berceau de la lèpre, le littoral de l'Afrique et quelques provinces de l'Amérique du Sud. Malgré l'influence des conditions climatériques différentes, défavorables même au développement de cette cruelle maladie, les médications les plus habilement combinées en ont rarement triomphé. Il importe donc de signaler toutes les tentatives qui se produisent, et celles que M. Gibert vient de mettre en relief, dans un de ces rapports toujours si intéressants au point de vue de la thérapeutique, se recommandent trop à l'attention des médecins, surtout de ceux de nos confrères qui exercent dans les pays où la lèpre est endémique, pour les passer sous silence.

L'assacou (*Hura brasiliensis*) est considéré par les naturels du Para comme un remède spécifique de la lèpre; mais cette propriété était restée à l'état de croyance populaire, lorsque, l'année dernière, elle fut importée à Sainte-Marie-de-Belem par un lépreux qui s'était enfui trois ans auparavant pour ne pas être renfermé dans le lieu affecté au traitement de la lèpre. Un habitant du centre lui proposa de le guérir par l'assacou, végétal plus connu des naturels comme poison que comme remède. Le malheureux accepta, plutôt dans l'espoir d'abréger le terme de son existence que dans le but d'obtenir une guérison à laquelle il ne croyait guère. Cependant les effets du traitement furent tels, qu'il n'hésita pas à revenir dans sa ville natale, espérant tirer parti du secret qui lui avait si bien réussi à lui-même. Examiné par une commission de médecins désignés à cet effet par les autorités du pays, on put constater, non pas à la vérité une guérison entière et radicale, mais du moins une résolution si avancée, qu'on aurait pu la considérer comme un retour à l'état normal. Ce cas frappa vivement l'attention des médecins du pays, et devint l'occasion d'expériences thérapeutiques régulières.

Ce sont les faits recueillis par le docteur Malcher, que le consul de France à Sainte-Marie-de-Belem, au Para (Brésil), vient de transmettre à l'Académie, et sur lesquels M. Gibert a eu à se prononcer. Les propriétés actives de l'assacou, ses effets prononcés sur les solides et les fluides (et notamment sur les téguments malades), les qualités âcres, vomitives et purgatives qu'il possède, doivent le faire considérer, dit M. Gibert, comme un remède puissant, et permettent même de concevoir des espérances, comme le croient les médecins brésiliens. (On administre l'extrait obtenu de l'assacou en pilules, à la dose d'un sixième de grain à un grain par jour, dose qui a pu être graduellement augmentée. On prescrit en boisson l'infusion d'un scrupule d'écorce dans une pinte d'eau, et en bains une infusion plus ou moins chargée de la même écorce. A dose élevée, l'usage intérieur de l'assacou provoque des vomissements.) Bien que les expériences ne soient point assez nombreuses pour asseoir un jugement définitif sur la valeur thérapeutique de l'assacou, il faut espérer que M. le consul, qui a pris l'honorable initiative de communiquer les expériences de M. Malcher à l'Académie, tiendra ce corps savant au courant des faits qui pourront lui permettre d'assurer son jugement sur les propriétés remarqua-

bles de cette substance énergique.

M. Gibert, dans une note de son rapport, rappelle aussi les bons effets du madar dans le traitement de cette même affection. Nous avons publié en 1836 une notice très-étendue sur les propriétés thérapeutiques de la racine du madar, par M. le docteur Legrand. Les résultats obtenus par l'emploi de cette substance dans le traitement de l'éléphantiasis, de la lèpre et même de la syphilis constitutionnelle rebelle à tous les autres moyens, sont trop remarquables pour ne pas rappeler sur elle l'attention des expérimentateurs, d'autant plus que ses propriétés paraissent assez semblables à celles de l'assacon. (Voir *Bull. de thérapeutique*, t. 10, p. 353.)

ENGORGEMENTS LAITEUX (*Moyens de prévenir les*) *chez les femmes qui nourrissent.* L'allaitement est, comme on sait, la source d'engorgements laiteux et même d'inflammations graves du sein, chez les femmes qui nourrissent, principalement chez celles qui, n'ayant pas l'expérience de l'allaitement, ne savent pas régulariser la sortie du lait. De là, la rétention du lait dans les mamelles, l'afflux du sang vers ces organes, l'inflammation et la suppuration. Le seul moyen de prévenir ces engorgements, dit M. Peddie, dans un travail important sur l'allaitement, c'est de faire vider les seins régulièrement et alternativement par l'enfant, à des intervalles de une heure et demie à cinq ou six heures, suivant l'âge de l'enfant: plus souvent chez ceux qui sont jeunes que chez ceux qui sont un peu plus avancés et qui peuvent déjà prendre un peu de nourriture d'une autre espèce. Si, cependant, l'engorgement du sein survient, il faut encore que les seins soient vidés, de peur d'augmenter l'engorgement. Cette évacuation doit être faite par tout autre que par l'enfant, qui pourrait puiser un lait déjà altéré. Toutes les fois que l'allaitement doit être momentanément suspendu, par exemple, pendant le cours des menstrues ou d'une maladie plus ou moins grave, les seins doivent être vidés artificiellement toutes les fois qu'ils continuent à s'emplir, sous peine de voir survenir un engorgement laiteux. (*Monthly Journal*, août 1848.)

GANGRÈNE TRAUMATIQUE *et pourriture d'hôpital traitées par l'emploi topique du citron.* Dans un excellent article sur la diphtérite des plaies, publié dans ce recueil, notre honorable confrère M. Robert signalait le jus de citron parmi les moyens les plus efficaces pour combattre la diphtérite des plaies à ses divers degrés. Nous avons récemment eu l'occasion d'en voir faire de très-nombreuses et très-heureuses applications pour les plaies d'armes à feu, menacées de gangrène ou de pourriture d'hôpital. Ce moyen est, du reste, depuis fort longtemps en usage, surtout dans la chirurgie militaire, où il a rendu de grands services. D'après M. le docteur Fabien, de Revigny, qui en a fait l'application sur une grande échelle dans les camps et au Val-de-Grâce, depuis 1807 jusqu'en 1815, les résultats en auraient été beaucoup plus satisfaisants que ceux qu'on obtenait des autres topiques, tels que le vin de quinquina camphré, la poudre de quinquina, la poudre de charbon, l'eau-de-vie camphrée, etc. Il n'a cessé, depuis, d'en faire usage, et voici un exemple tout récent qu'il rapporte à l'appui de son efficacité.

Un homme de trente-six ans, d'une constitution robuste, eut l'articulation radio-carpienne de la main droite broyée par une roue de voiture. Les parties molles qui recouvrent le carpe et le métacarpe étaient broyées et arrachées; une partie des os du carpe et les trois derniers métacarpiens étaient écrasés. Des émissions sanguines locales et générales, des arrosements continus d'eau de têtes de pavot froide, enrayèrent les premiers symptômes inflammatoires; la suppuration était établie sur tous les points, lorsque des symptômes de tétanos se manifestèrent; et, à la suite de ces accidents tétaniques, la main blessée rougit, se tuméfia, et devint le siège de douleurs intolérables; toute la surface suppurante était devenue livide et ardoisée, le lambeau décollé et flétri. M. Fabien appliqua aussitôt des rouelles de citron sur toute la surface de la plaie et dans ses anfractuosités; il mit par-dessus de la charpie arrosée avec de la décoction de têtes de pavot chlorurée et camphrée, et, enfin, ajouta des cataplasmes anodins sur tout le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras. Les symptômes persistèrent d'abord,

et pendant plusieurs jours il fallut ouvrir des abcès sur le bord de l'articulation radio-carpienne et sur le pourtour de la plaie. Toutes les articulations voisines étaient enflammées et très-douloureuses; la grande plaie, recouverte d'une couche gangréneuse, avait pris un développement énorme. Le citron fut continué avec persévérance, et, dix jours après, les lambeaux mortifiés commencèrent à se détacher. Après trois semaines, le chirurgien eut la satisfaction de voir tous les symptômes céder peu à peu, et la plaie se déterger.

En reconnaissant au citron, comme l'auteur, une efficacité incontestable, nous pensons toutefois qu'on ne doit pas négliger les autres moyens, dont l'utilité n'est pas douteuse, et notamment l'alun en poudre, que nous avons vu récemment employer avec succès dans deux cas, par M. le professeur Velpeau. (*Revue médico-chir. de Paris*, octobre 1848.)

LUPUS (*Sur l'emploi de l'huile de foie de morue à haute dose dans le traitement du*). Nous avons fait connaître, dans un de nos derniers numéros, les bons effets obtenus par M. Hughes Bennett, de l'emploi de l'huile de foie de morue, dans le traitement des affections scrofuleuses de la peau, et, en particulier, de celles du cuir chevelu. Dans l'intervalle, M. Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a publié un travail sur le même sujet. Seulement, il a borné ses recherches à l'une des maladies scrofuleuses de la peau les plus graves et les plus rebelles; nous voulons parler du *lupus*; et, au lieu d'administrer l'huile de foie de morue aux doses médicinales ordinaires (de 8 à 60 grammes), il en a élevé progressivement la dose jusqu'à 600, 700 et 1,000 grammes par jour. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette dose élevée est, en général, assez bien supportée. Si l'estomac ne tolère pas le médicament, M. Emery fait prendre un verre ou deux d'eau de Seltz. Quand il y a des vomissements, des évacuations alvines répétées avec coliques, quand il survient une éruption érythémateuse à la peau, ou un érysipèle sur les parties malades, ce médecin suspend l'usage de ce médicament; et, les accidents apaisés, il recommence par 100 grammes, et arrive promptement aux doses élevées dont nous avons parlé. M. Emery a traité ainsi 74 lupus. Tous n'ont pas guéri; mais le traitement a considérablement amélioré l'état de la plupart; 28 sont sortis de ses salles, n'ayant plus que les cicatrices des tubercules qu'ils portaient en y entrant; 12 sont partis en grande voie de guérison (M. Emery en a vu deux, deux ans après, jouissant d'une bonne santé); 8 autres étaient phthisiques; 3 femmes sont mortes; 3 hommes sont sortis comme ils étaient entrés; et 2 femmes ont été très-soulagées par l'huile de foie de morue, dont elles ont pris jusqu'à 400 grammes par jour; 10 autres malades ne peuvent être comptés, parce qu'ils ont quitté l'hôpital quinze jours après leur entrée. On s'est beaucoup étonné de cette administration de l'huile de foie de morue à une dose aussi élevée; cependant les faits sont là, qui parlent plus haut que tous les raisonnements. M. Emery n'a rencontré que 9 sujets chez lesquels il n'a pu dépasser la dose de 100 à 120 grammes, parce que le médicament occasionnait des maux de cœur et des douleurs de ventre. Chez 6 autres, le traitement a été suspendu quatre ou cinq fois, pour traiter, soit des érysipèles intenses de la tête, soit des éruptions comme scarlatineuses, qui ont cédé, dans les 24 heures, à l'administration de l'ipécacuanha. Enfin, la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'efficacité de ce traitement, c'est que M. Devergie, qui a pris les salles de M. Emery lors de la retraite de ce dernier, a été, en quelque sorte, obligé, par les malades de ces salles, à leur continuer le traitement déjà commencé, et qu'il a pu se convaincre, par lui-même, des heureux effets de l'huile de foie de morue à haute dose, contre les lupus rebelles. L'huile de foie de morue est un médicament d'un goût trop désagréable et d'une ingestion trop difficile, pour que des malades se soumissent volontairement à en prendre des doses aussi élevées, s'ils ne s'étaient convaincus par avance des résultats avantageux que produit cette administration. D'ailleurs, n'est-ce pas un fait trop bien acquis à la science, qu'il n'existe pas de véritable traitement du lupus? On ne saurait donc trop engager les praticiens à soumettre ce nouveau traitement à des expérien-

ces sur une vaste échelle. (*Revue méd.-chir.*, septembre 1848.)

PIGNON D'INDE (*Empoisonnement par le*). Le pignon d'Inde, ou le fruit du *jatropha curcas*, est fort employé en Angleterre comme purgatif pour les bestiaux ; et l'on prépare, avec ce fruit, une grande quantité de l'huile vendue dans le commerce sous le nom d'*huile de croton anglaise*. C'est dire que le pignon d'Inde est susceptible, lorsqu'il est ingéré en certaine quantité, de donner lieu à des accidents toxiques, caractérisés principalement par des vomissements et des superpurgations. Un ouvrier employé aux docks de Londres a éprouvé, indépendamment de ces accidents, un affaiblissement extrême, de l'engourdissement dans la langue, et une perte de connaissance qui a duré vingt minutes, et cela pour avoir mangé seulement les amandes de cinq de ces fruits. Quoique graves, ces accidents n'ont pas eu de suites ; et il a suffi d'administrer au malade quelques toniques, surtout des opiacés, pour produire un soulagement rapide, suivi, quelques heures après, d'une guérison complète. (*London Medical gazet*, juillet 1848.)

TÉTANOS TRAUMATIQUE *guéri par la teinture de belladone à l'extérieur*. De ce que quelques tentatives heureuses (et notamment celle que nous avons consignée dans notre dernière livraison) nous autoriseraient à espérer que l'art aurait enfin conquis, dans la découverte des agents anesthésiques, un moyen puissant et efficace contre le tétanos, ce ne serait pas une raison de renoncer à ceux des agents connus qui ont déjà donné quelques gages de leur utilité, et pour ne pas accueillir avec faveur les faits nouveaux qui viennent témoigner à leur avantage. En présence d'une affection aussi grave que le tétanos, on ne saurait s'entourer de trop de ressources, d'autant que l'expérience est encore loin d'avoir définitivement sanctionné les avantages qu'on espère du chloroforme, et précisé les indications de son emploi. Or, parmi les nombreux médicaments expérimentés contre le tétanos, il en est un qui a donné à l'un de nous des preuves assez manifestes de ses bons effets, pour que nous ayons cru, dans le temps, devoir appeler sur lui l'attention des praticiens ; nous voulons parler de la belladone (Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, tome 20, page 172). Voici un fait nouveau, qui vient ajouter encore aux motifs de confiance qu'a pu inspirer cet agent. Il est dû à M. le docteur Bresse.

Obs. Une dame D... fut blessée, le 16 juin 1846, au pied droit par une pointe en fer qui pénétra par la face plantaire à un centimètre de l'articulation du second orteil, entre le premier et le deuxième métatarsien ; tous les tissus, à l'exception de la peau de la face dorsale, furent traversés. Au moment de l'accident, cette dame n'éprouva qu'une douleur légère ; mais, au bout de quelques minutes, une faiblesse générale accompagnée de frissons se fit sentir ; le pied, à l'endroit de la blessure, ainsi que le point de la peau de la face dorsale où le corps s'était arrêté, devinrent le siége d'une vive douleur ; la chaleur, la tuméfaction et la rougeur s'y développèrent promptement.

Malgré quelques accidents inflammatoires d'une certaine intensité, la guérison était complète le 24, et la malade marchait avec facilité, lorsque le 29 elle se plaignit de gêne dans la déglutition et d'une légère sensation de brûlure dans l'arrière-bouche ; le fond de la gorge était rouge ; le pied était le siége de douleurs sourdes, et l'endroit de la blessure était redevenu légèrement rouge et sensible au toucher. La chaleur extrême du jour (38 à 40° centigrades dans l'intérieur des maisons), suivie d'un prompt abaissement le soir ; la situation élevée (Culeah, en Afrique), près le voisinage de la mer ; tout faisait appréhender l'invasion du tétanos, qu'il n'était plus possible de méconnaître en effet dès le lendemain aux symptômes suivants : gêne de la déglutition augmentée, couleur livide de la gorge, qui était le siége d'une douleur convulsive et d'une tension insolite ; mouvement des mâchoires devenu presque impossible ; sentiment de morosité et de terreur inexplicable ; céphalalgie, bâillements, pandiculations, lassitude extrême ; pas d'appétit, bouche amère, langue saburrale, yeux fixes, altération spéciale du facies et de la voix ; insomnie coupée de rêves effrayants, etc.

Ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus, le trismus était devenu

presque complet. Les selles et l'émission des urines se faisaient avec assez de facilité. Les contractions des muscles du cou et de la poitrine étaient douloureuses, au point d'arracher à la malade des cris déchirants ; pendant la contraction, le pouls était précipité et irrégulier, la respiration accélérée. (Potion : infusion de tilleul, 100 grammes; extrait gommeux d'opium, 0,25 centigr.; camphre, 2 grammes. Lavement huileux, pour débarrasser l'intestin; puis après, un lavement composé : musc, 1 gramme; camphre, 2 grammes; décoction de lin, 250 grammes.)

Le lendemain 1er juillet, dans la matinée, les muscles du cou, de la partie postérieure et antérieure du tronc, ainsi que ceux des membres, éprouvent un commencement de rigidité. L'opium, le musc et le camphre sont alors administrés à très-hautes doses, tant en potion qu'en lavement.

Le soir, les contractions sont tellement fortes que tout le corps devient raide, immobile et inflexible comme une statue. Les mâchoires sont fortement serrées; deux incisives, manquant à la mâchoire supérieure, permettent l'introduction des boissons, qui sont avalées avec difficulté, même pendant la rémission. La respiration est courte et laborieuse ; le visage est pâle et défait.

Pendant huit jours, le trismus est presque continu, la respiration est excessivement gênée. L'opium fut administré jusqu'à la dose de 4 grammes par jour, associé au camphre et au musc prescrits aussi à très-hautes doses. 1 gramme d'ammoniaque, dans chaque verre d'infusion de tilleul, produisit des sueurs abondantes qui amenèrent par moments un peu de souplesse dans les membres; mais ces améliorations n'étaient que de courte durée.

L'intermittence qui s'était manifestée dans les symptômes fit songer M. Bresse à recourir au sulfate de quinine, qu'il administra à la dose de 1 gramme 50 centigrammes pendant trois jours, mais sans aucun effet.

Enfin les accès convulsifs devenant de plus en plus intenses et fréquents, et la mort paraissant imminente, M. Bresse finit par avoir l'idée d'employer la teinture de belladone. Il fit immédiatement frictionner la malade avec cette teinture sur toute la partie antérieure du tronc et sur les muscles du cou. Au bout d'un quart d'heure, la respiration devint un peu plus facile, et la contraction musculaire parut céder; les frictions furent faites dès lors presque sur toute la surface du corps et spécialement sur les parties qui étaient le siége des plus vives contractions. Chaque jour, 100 grammes de teinture de belladone furent employés pour ces frictions.

Le lendemain et jours suivants, le nombre des accès et leur intensité diminuèrent peu à peu d'une manière notable. (Teinture de belladone pour frictions, 100 grammes; lavements : musc, 1 gramme ; opium, 1 gramme; camphre, 2 grammes; décoction de lin, 250 grammes.)

Le 21, les mouvements des membres sont presque entièrement possibles. La teinture de belladone n'est plus alors employée qu'à la dose de 30 ou 40 grammes par jour; les lavements de musc et d'opium sont supprimés.

Le 25, légère exaspération. Deux accès peu violents ont lieu dans la soirée; les frictions de belladone sont faites de nouveau à haute dose et continuées tous les jours jusqu'à guérison complète.

Le lendemain et jours suivants, amélioration très-grande dans l'état de la maladie.

Le 2 août, la malade est en pleine convalescence; les frictions sont faites continuellement là où il existe la moindre raideur musculaire.

Depuis cette époque, aucun accident tétanique ne s'est de nouveau manifesté. (*Thèses de Paris.*)

VARICES (*Sur le débridement des anneaux aponévrotiques, comme traitement des*). On peut dire, d'une manière générale, que le traitement d'une maladie est le plus souvent en rapport avec l'idée que se forme le médecin de sa nature et de ses causes. Pour les varices, par exemple, l'influence bien connue de la pesanteur a fait employer le repos et la position déclive, pour obtenir le retour des veines à leur volume ordinaire. La compression et les bas lacés n'agissent pas autrement. Mais, dans les cas où la maladie s'est montrée rebelle à ces divers moyens, le chirurgien plus hardi a cherché à obtenir l'oblitération des veines malades, et leur remplacement par

un réseau capillaire veineux anastomotique. Voici un chirurgien anglais, M. W. Bird Herapath, qui soutient que, aux membres inférieurs, les veines superficielles, saphène interne et saphène externe, éprouvent, au moment où elles traversent les ouvertures aponévrotiques profondes pour aller se réunir aux gros troncs veineux, une espèce de rétrécissement, qui empêche la quantité de sang accumulée dans leur intérieur de pénétrer librement dans le grand torrent circulatoire. Cette espèce d'étranglement qu'éprouvent les veines à leur passage à travers ces ouvertures est encore plus sensible dans les cas où, par la position même de l'individu, le sang éprouve plus de difficulté à remonter contre son propre poids : dans la position verticale par exemple, et à plus forte raison, lorsque les veines commencent déjà à être variqueuses. Il suit de là que M. Bird propose, dans le traitement des varices des veines superficielles des membres inférieurs, de diviser les ouvertures du fascia profond de la cuisse, de manière à faire disparaître l'obstacle au retour du sang veineux. Ce chirurgien cite un cas dans lequel la veine saphène interne et ses branches étaient variqueuses, et pour lequel la division de l'ouverture falciforme de la saphène a parfaitement réussi; il reconnaît toutefois que lorsque la veine poplitée est variqueuse, il n'y a rien à attendre de cette opération. Tout en faisant nos réserves contre une pratique de ce genre, dans laquelle le succès a été dû peut-être au repos absolu auquel le malade a été condamné jusqu'à la cicatrisation de la plaie, nous croyons devoir faire connaître le procédé opératoire suivi par l'auteur. Le malade étant endormi, on saisit entre les doigts un repli de la peau, que l'on perce et que l'on divise avec un bistouri pointu. On obtient ainsi une incision de trois pouces de long, dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, immédiatement au niveau du renflement terminal de la veine saphène; le *fascia superficialis* est très-mince dans ce point, on le sépare avec soin de son attache au repli falciforme; on déprime la veine, avec l'index de la main gauche; et avec la pointe d'un bistouri, portée directement de bas en haut, immédiatement au-dessous de la portion iliaque du *fascia*, on divise le rebord en forme de croissant de l'ouverture de la saphène, dans l'étendue d'un demi-pouce. Dans l'opération pratiquée par M. Bird, la varice disparut immédiatement après le débridement. Mais il arriva que le bistouri blessa une des branches abdominales de la saphène, ce qui donna lieu à une hémorrhagie un peu importante, mais dont on réussit toutefois à se rendre maître; les bords de la plaie furent rapprochés à l'aide de deux points de suture. (*Medical Times*, juillet 1848.)

VARIÉTÉS.

—

Instructions sur le choléra, et avis relatifs à la loi pour éloigner les causes d'insalubrité et prévenir ces maladies, publiés par le Conseil général de santé d'Angleterre.

Nous avons publié, il y a peu de temps, les instructions de l'Académie de médecine de Belgique contre le choléra. Voici les mesures qu'indique à son tour le Conseil de santé d'Angleterre, comme les plus propres à prévenir et à combattre le fléau. Ce document s'adresse, on le verra, aussi bien aux fonctionnaires publics et aux administrateurs des établissements de charité qu'aux médecins eux-mêmes; nous allons le reproduire en entier.

Le Conseil général de santé, après avoir examiné les rapports officiels qu'il a reçus sur la marche du choléra asiatique depuis les derniers comptes-rendus de la Commission métropolitaine d'hygiène; après avoir consulté les membres les plus éminents de la Faculté et possédant des connaissances spéciales sur cet objet; comparaison faite des renseignements nouveaux avec les observations faites sur le mode antérieur de propagation du choléra

asiatique en Europe, fait savoir : que l'expérience acquise sur cette maladie lors des dernières invasions en 1831-1832, et l'expérience plus développée acquise pendant sa marche récente à travers la Perse, l'Egypte, la Syrie, la Russie, la Pologne et la Prusse, semblent devoir modifier quelques-unes des idées qu'on s'en était faites dans le principe : ces idées portent principalement sur les mesures qu'il convient d'adopter pour prévenir ou diminuer le mal.

L'ensemble des témoignages obtenus d'observateurs de toutes classes dans plusieurs pays, sous différents climats, et au milieu de populations présentant toutes les variétés possibles dans leurs conditions physiques, politiques et sociales ; la coïncidence de ces témoignages et l'autorité qu'on ne peut leur refuser, ôtent toute valeur à l'opinion qui a prévalu dans un temps, que le choléra était, par sa nature, contagieux : cette opinion erronée est extrêmement nuisible, en ce qu'elle détourne l'attention de la vraie cause du danger et des vrais moyens de s'en garantir, pour la diriger contre des fantômes. Elle occasionne des paniques, fait négliger et abandonner les malades, encourir des dépenses énormes pour des mesures au moins inutiles, et perdre de vue cet intervalle, si court, mais décisif, entre le commencement et le développement de la maladie, pendant lequel l'action des moyens curatifs est le plus efficace.

Quoiqu'il soit vrai que certaines conditions puissent prêter à la propagation du mal d'une personne à l'autre, comme par exemple l'entassement des malades dans des chambres étroites et mal aérées, ceci ne touche en rien au principe général de la non-contagion ; d'ailleurs ces conditions ne se présenteront sans doute jamais dans ce pays. En outre, les mesures de précaution fondées sur le système contraire, quarantaines intérieures, cordons sanitaires, isolement des malades, dans lesquelles on a eu autrefois une entière confiance, ont été en dernier lieu abandonnées dans tous les pays où le choléra s'est montré, d'après l'épreuve faite de leur inefficacité.

Il est démontré aussi que le choléra s'annonce presque toujours à l'avance par des symptômes qui indiquent son approche et donnent le temps d'employer les moyens les plus capables d'en arrêter les progrès. S'il est vrai de dire que, dans certaines circonstances, ses attaques peuvent paraître subites, comme dans les localités où l'infection est concentrée sur un point isolé, ou bien chez les individus présentant une prédisposition particulière à recevoir la maladie ; toutefois, la certitude acquise, que le choléra par lui-même n'est pas contagieux et qu'il donne ordinairement des indications distinctes de son approche, constitue deux grands faits bien propres à enlever à cette maladie ce qu'elle a de plus effrayant, et à démontrer l'importance de mesures préventives, si supérieures dans leur effet aux mesures curatives.

L'identité des causes qui favorisent l'origine et le développement des épidémies en général, et du choléra asiatique en particulier, semble désigner les véritables mesures de précaution à prendre pour prévenir un fléau qui, après un intervalle de seize ans, et dans un moment où d'autres épidémies font des ravages extraordinaires, menace de faire irruption pour la troisième fois. Le Conseil de santé appelle donc la coopération cordiale de toutes les classes de la société pour l'exécution des mesures que l'examen le plus approfondi lui permet de recommander, et il est convaincu que cette coopération, avec les pouvoirs spéciaux que lui donne la loi, quoiqu'ils puissent ne pas être aussi étendus qu'il le faudrait, et malgré le peu de temps qui lui

resté peut-être pour les exercer, ne saurait manquer de produire les plus heureux résultats.

Les nettoyages qu'on a pratiqués lors de la première invasion du choléra ayant présenté de grands avantages, et l'expérience ayant démontré que les mesures préventives employées contre le choléra sont également bonnes contre le typhus et les autres maladies épidémiques et endémiques, les Conseils devraient appliquer immédiatement toutes les mesures exécutables pour assurer le nettoyage intérieur et extérieur des habitations dans les districts mal situés.

Les causes qui prédisposent à toutes les épidémies, principalement au choléra, sont : l'humidité, la malpropreté, la décomposition des matières végétales et animales, et en général tout ce qui contribue à vicier l'atmosphère; toutes ces causes tendent à énerver l'économie et à la rendre plus accessible à la maladie, surtout chez les jeunes gens, les vieillards et les personnes d'une faible constitution.

Les attaques du choléra sont toujours plus violentes et plus fréquentes dans les pays enfoncés, sur les bords des rivières, dans le voisinage des égouts, partout où il y a accumulation d'immondices, surtout dans les habitations des hommes. Dans une proclamation récemment publiée en Russie, l'influence de ces causes ou des causes analogues est reconnue, et on recommande, en conséquence, de tenir les habitations bien nettoyées, d'observer la plus grande propreté sur sa personne, de ne pas laisser subsister de puisards à proximité des maisons, de n'y laisser entrer ni volailles ni autres animaux, d'établir une ventilation constante dans les appartements, et d'éviter l'encombrement partout où il y a des malades.

On avertira les habitants de toutes classes, que leurs principaux moyens de sûreté consistent à éloigner de leurs maisons et dépendances les fumiers et accumulations de matières fécales solides ou liquides. Quoique les personnes accoutumées à un pareil voisinage ne s'aperçoivent pas de ce qu'il a de désagréable et ne le croient pas nuisible, néanmoins tous ceux qui veulent se garantir du danger devront s'efforcer d'enlever toutes ordures et de nettoyer de fond en comble leurs habitations; et la loi les contraindra d'ailleurs de le faire dans l'intérêt de leurs voisins, aussi bien que dans le leur.

Après les mesures de propreté, l'éloignement de l'humidité doit être principalement recherché; il faudra, par conséquent, entretenir des feux suffisants, surtout dans les localités humides et malsaines, où le feu est aussi nécessaire comme moyen de ventilation, que pour chauffer et sécher.

De nouveaux renseignements venus de Russie, établissent que dans quelques casernes et autres établissements où il y a de nombreuses réunions d'individus, et dans lesquels ces conditions ont été remplies, l'épidémie a été comparativement insignifiante : il est facile d'obtenir le même résultat dans les maisons particulières. Nous avons vu en Angleterre des épidémies occasionner de grands ravages dans les habitations privées, tandis que, dans les mêmes localités, les établissements publics, quoique le système de ventilation y soit encore imparfait, en ont été presque entièrement exempts.

Mais quoique chaque chef de famille puisse assainir jusqu'à un certain point son habitation, les moyens de purifier complétement l'atmosphère, dans les endroits où la population est très-serrée, sont hors de leur pouvoir.

En conséquence, la dernière loi 11-12. de Victoria, chap. 123, sect. 1re, stipule que pour les cas d'incapacité, d'insuffisance ou de négligence, la

charge de prendre les mesures de propreté sera dévolue à certains corps constitués, tels que « conseils municipaux, syndicats ou comités, pour le pavage, l'éclairage, l'écoulement des eaux, la police, ou toute autre institution semblable, commissaires des égouts, gardiens des pauvres, etc. »

Il est dit que, sur une notification par écrit, signée par deux habitants au moins, pour signaler que telle maison ou construction est dans un état malpropre et malsain, qu'il s'y trouve des puisards, égouts, conduits ou fossés engorgés et infects, ou des tas d'ordures, ou des porcs tenus de manière à devenir une cause d'insalubrité, l'autorité examinera ou fera examiner les lieux. Si après examen, ou sur certificat délivré par deux médecins en titre, il est démontré qu'il existe des amas d'insalubrité, l'autorité portera plainte devant deux juges de paix, qui devront enjoindre qu'il y soit porté remède. Les clauses amendées que contient cette loi devront être d'avance étudiées, publiées et mises en vigueur, surtout celles qui prescrivent le curage des fossés infects, par des journaliers dépendant des inspecteurs ou syndics voyers.

Les officiers de santé de l'*Union*, qui sont appelés à soulager les malades indigents, connaissent nécessairement les lieux où les maladies se manifestent et sont dangereuses; ce sont invariablement les lieux plus malpropres et ceux qu'il y a le plus nécessité d'assainir. Or, la loi sur les causes d'insalubrité impose aux gardiens des pauvres le devoir de prescrire et de faire exécuter les opérations d'assainissement.

Dans plusieurs districts, les agents de police, dans leurs tournées habituelles, ont rendu de grands services en signalant jour par jour les maisons, cours, allées et rues dans leur circonscription qui avaient le plus grand besoin d'être nettoyées, ainsi que la négligence des balayeurs publics dans l'exécution de leurs devoirs, et toutes autres causes d'insalubrité. Les Conseils de gardiens et les comités spéciaux pris dans leur sein feront bien de s'entendre avec les comités spéciaux des Conseils municipaux, qui ont, par l'intermédiaire de leur comité de surveillance, le droit de contrôle sur la police, et de s'assurer pour cet objet le concours de cette institution.

Le clergé des paroisses et les autres ministres de la religion, en s'associant avec des comités de laïques pour suivre le système de visites domiciliaires, ont rendu d'immenses services dans les localités les plus pauvres. On recommande aux Conseils de gardiens, partout où faire se pourra, d'adjoindre aux comités spéciaux des membres pris parmi eux, et qui pourront être momentanément dispensés de toute autre fonction ; ils appelleront à leur aide le clergé de leur paroisse et les ministres des autres sectes, l'assistance des médecins et autres employés de l'*Union* (Dépôts de mendicité).

Ces comités paroissiaux seraient, entre autres, très-utiles pour faire parvenir jusqu'aux classes pauvres la connaissance des moyens préventifs à leur portée, et leur faire comprendre l'urgente nécessité pour eux, dans cette circonstance, d'observer sur leurs personnes et dans leurs habitations la plus grande propreté, de renouveler l'air et de suivre un régime de tempérance bien réglé.

Par la loi, pour prévenir la contagion, le Conseil de santé est astreint à émettre des règlements pour seconder et diriger les gardiens des pauvres et les autres autorités locales dans l'exécution des devoirs qui leur sont imposés, toutes les fois que le pays est envahi ou menacé par une maladie épidémique ou contagieuse. En conséquence, le Conseil s'est empressé de se

mettre en rapport avec les commissaires de la loi des pauvres, dans le but de prendre toutes les précautions possibles contre le fléau qui s'approche de nos rivages d'un pas mesuré, et le Conseil s'occupe de préparer un règlement de mesures générales, qui sera publié et mis en pratique dans les districts aussitôt que leur position particulière, au point de vue hygiénique, aura été reconnue.

En attendant, si, malgré toutes les précautions prises, cette maladie venait malheureusement à se déclarer dans un district, il deviendrait essentiel pour la sûreté des habitants qu'ils fussent bien pénétrés de l'importance qu'il y a de suivre, sans retard et avec attention, le symptôme précurseur qui annonce le commencement de l'attaque.

Ce symptôme est le relâchement dans les intestins qu'on peut considérer comme précédant généralement la période dangereuse de la maladie. Quelquefois, il est vrai, dans les circonstances déjà citées, lorsque le poison existe à un degré d'intensité insolite, ou lorsqu'il y a une prédisposition naturelle très-marquée, la première période semble faire défaut, comme on le voit parfois dans de violentes attaques d'autres maladies; mais dans le choléra, ce cas est si rare, qu'il est permis de n'en pas tenir compte dans la pratique. Partout, et dans toutes les circonstances où le mal a eu le caractère d'épidémie, l'expérience se trouve sur ce point d'accord avec ce qui s'observe en ce moment à Hambourg.

« Dans la plupart des affections, écrit le consul britannique au sujet de l'épidémie qui vient de se déclarer dans cette ville, le mal s'est manifesté par un relâchement d'intestins, qui cède si on y remédie sans retard, mais qui, négligé, est bientôt suivi d'attaques spasmodiques entraînant la mort généralement dans l'espace de quatre à six heures. »

Ce relâchement intestinal peut être accompagné de souffrances en général peu aiguës; mais le plus souvent la douleur est nulle, et pendant plusieurs heures et même plusieurs jours le mal de ventre est si léger, qu'il peut paraître insignifiant; en sorte que si on n'était pas prévenu de l'importance de ce symptôme, on pourrait n'y faire aucune attention.

On doit cependant répéter, que toutes les fois que le choléra asiatique est épidémique, le moindre relâchement d'entrailles doit être considéré comme le commencement de la maladie et traité en conséquence, attendu qu'à ce degré il peut être arrêté par des moyens fort simples, mais que, si on le néglige seulement pendant quelques heures, il peut prendre une tournure funeste.

Il est donc indispensable que, dès la première apparition du choléra, les autorités locales prennent des dispositions pour établir des visites domiciliaires dans les quartiers pauvres de leurs districts respectifs, ce moyen étant le seul qui, dans les endroits les plus exposés, et parmi les individus les plus susceptibles de recevoir la maladie, permette d'en reconnaître les symptômes avant-coureurs assez à temps pour en arrêter les progrès.

Les chefs de famille, maîtres de pensions, directeurs de dépôts de mendicité, propriétaires de grands établissements, tels qu'usines, fabriques, ateliers, mines, magasins et docks, devraient prendre eux-mêmes le rôle d'inspecteurs, ou charger une personne compétente d'examiner journellement tous les individus qu'ils emploient et d'administrer le remède convenable dès que le symptôme précurseur se manifestera.

Chaque membre d'un comité d'inspection devrait être pourvu de remèdes

préparés par doses convenables et prêts à être appliqués sur place dès que le symptôme précurseur se montrera, et signaler de suite l'individu à qui il l'aura fait prendre, afin qu'il reçoive aussitôt la visite d'un médecin.

On devrait créer des dispensaires pour les coliques intestinales sur des points convenables, où les gens du voisinage pourront s'adresser pour recevoir les remèdes et les conseils d'un médecin dès qu'ils seront attaqués du symptôme précurseur.

L'expérience ayant démontré l'insuccès des hôpitaux pour le choléra, il faut prendre les meilleurs moyens possibles pour assister à domicile les individus qui en auront besoin : un moyen des plus efficaces sera sans doute de choisir des personnes qu'on instruira à rendre, comme garde-malades, les services que la circonstance exige, et qui seront payées pour consacrer tout leur temps à soigner les malades à domicile, sous la direction des officiers de santé.

Il sera encore nécessaire de nommer un certain nombre de médecins qui seront chargés, moyennant des honoraires convenables qu'on leur allouera, de consacrer tout leur temps, les uns au service des dispensaires le jour et la nuit, les autres à visiter les malades à leur domicile.

Comme il pourra cependant se présenter des cas de détresse extrême dans des localités et dans des maisons où il serait impossible de suivre le traitement, on devra se mettre en mesure de recevoir les malades, en pareil cas, soit dans les hôpitaux, soit dans les dépôts de mendicité, soit dans des logements séparés, préparés à cet effet, et convenablement chauffés et aérés.

Les médecins, dont l'avis fait autorité, sont d'accord que les remèdes à opposer au symptôme précurseur sont les mêmes que ceux qui agissent de la manière la plus efficace dans les cas de diarrhée commune ; que les remèdes les plus simples suffiront si on les donne dès la première apparition de ce symptôme. Les remèdes ci-après, qui sont à la portée de tout le monde, peuvent être considérés comme les plus utiles.

Ce sont 20 grains de confection d'opium (1) (*conf. opii*), mêlés avec 2 cuillerées à bouche d'eau de menthe, ou avec un peu d'eau-de-vie très-étendue d'eau, qu'on répétera toutes les trois ou quatre heures, ou plus souvent si l'attaque est violente, jusqu'à ce que le relâchement soit arrêté ;

Une once de mixtion composée de craie (2) (*pulvis cretæ comp.*) avec 10 à 15 grains de confection aromatique (*conf. aromat.*), et de 5 à 10 gouttes de

(1) *Confection d'opium.*

Opium brut	24	grammes.
Poivre long	30	—
Gingembre	60	—
Carvi	90	—
Gomme adragante	8	—
Sirop simple	400	—

On réduit les substances en poudre et on les incorpore au moment du besoin dans le sirop chaud.

(2) *Poudre de craie composée.*

Craie	125	grammes.
Cannelle	120	—
Tormentille	90	—
Gomme	90	—
Poivre long	15	—

Faites une poudre homogène.

laudanum, répétée de la même manière; on peut y ajouter d'une demi à une drachme de teinture de catéchu (*tinct. catechu*) si l'attaque est violente.

Ces doses seront administrées par moitié aux adolescents au-dessous de quinze ans, et en quantité plus réduite encore aux enfants.

On fera bien de continuer à prendre ces remèdes le matin et le soir pendant quelques jours après que le cours de ventre aura cessé; mais, dans tous les cas, il faudra tâcher, autant que possible, d'obtenir une consultation de médecin sur les lieux mêmes dès le principe du dérangement.

Après l'usage de ces remèdes, le point le plus important est la manière de se nourrir et de se vêtir. Partout où le choléra est épidémique, on observe invariablement chez un grand nombre de personnes une tendance extraordinaire à une irritation d'intestins. C'est assez pour indiquer qu'il est essentiel de s'abstenir des aliments qui peuvent contribuer à entretenir l'état de relâchement, tels que les végétaux verts de toute sorte, choux, concombres, salades. Il faudra aussi se priver de l'usage des fruits de toute sorte, même mûrs et cuits, secs ou confits. Les aliments végétaux les plus sains sont le pain bien cuit, mais pas tendre, le riz, le gruau et les pommes de terre de bonne qualité. On doit éviter les objets confits au vinaigre. Divers aliments et boissons, qui, en temps ordinaire, sont sains et conviennent aux individus, peuvent, dans cette circonstance exceptionnelle, devenir très-dangereux.

On doit rechercher les aliments solides plutôt que liquides, et les personnes qui ont le choix devront principalement se nourrir de viande, qui offre l'aliment le plus concentré et le plus fortifiant, ayant soin d'éviter les viandes salées ou fumées, le porc, le poisson salé et les coquillages, le cidre, le poiré, le gingerbeer, la limonade, les boissons acides et les liqueurs alcooliques.

Une grande tempérance dans le boire et le manger est absolument nécessaire, comme mesure de sûreté, *pendant toute la durée de l'épidémie.* Un seul excès a souvent amené une attaque violente et suivie de mort. L'intervalle entre le repas ne doit pas être long, le choléra ayant invariablement sévi avec une violence extraordinaire parmi les classes qui s'astreignent aux longs jeûnes observés dans l'Orient et dans quelques pays d'Europe.

Des exemples frappants peuvent être cités à l'appui de ces avis importants. Le docteur Adair Crawford assure qu'en Russie les attaques les plus virulentes sont celles qui arrivaient à la suite d'un repas solide précédé d'un long jeûne. En Angleterre, lors de la première invasion, les attaques les plus fréquentes et les plus fatales se sont manifestées dans le milieu de la nuit, quelques heures après un souper indigeste.

Les trois cas mortels qui viennent de se produire chez des matelots qui avaient été à Hambourg, et qui arrivaient malades à Hull, sont arrivés, ainsi que l'enquête l'a prouvé, après que ces hommes eurent mangé une forte quantité de prunes et bu de la bière aigre; et les deux cas mortels qui ont eu lieu plus récemment encore à bord du *Volant*, ont atteint deux ivrognes qui avaient continué de boire malgré les avertissements qu'on leur avait donnés sur le danger de l'intempérance.

Par suite de la liaison intime qui existe entre l'épiderme extérieur et la membrane interne des intestins, des vêtements chauds sont très-importants; il sera donc bon de porter de la flanelle sur la peau. On a reconnu, en der-

nier lieu, sur le continent, qu'il était très-utile de porter une ceinture de flanelle autour du corps pendant la journée, et cette précaution peut devenir indispensable chez nous pendant la saison froide et humide dont nous approchons.

On doit avoir le plus grand soin de se tenir les pieds chauds et secs, de changer de vêtements aussitôt qu'on a été mouillé, et de tenir les chambres à coucher et autres appartements bien aérés, bien secs et chauds.

On doit prémunir aussi contre l'emploi des purgatifs froids, tels que sels d'Epsom, de Glauber, poudres de Sedlitz, qui deviennent dangereux à cette époque, en quelque quantité qu'on les prenne. Les purgatifs drastiques de toute sorte, tels que le séné, la coloquinte, l'aloès, ne doivent s'employer que par ordonnance spéciale du médecin.

Si, nonobstant ces mesures de précaution, une personne se trouve prise subitement de frisson, étourdissements, nausées, vomissements et crampes, loin de tout secours des médecins, l'expérience médicale la plus confirmée démontre que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de mettre le malade, sans perdre un moment, dans un lit bien chaud, de le réchauffer au moyen de flanelle chaude, bouteille d'eau chaude, sachets de fleurs de camomille chauffée, de son et de sel appliqués aux pieds et le long de l'épine dorsale; de frotter sans relâche les extrémités; d'appliquer un large emplâtre de moutarde et de vinaigre sur la région de l'estomac, qu'on maintiendra de 15 à 20 minutes; de faire prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café de sel volatil dans un peu d'eau chaude, ou une cuillerée à bouche d'eau-de-vie dans un peu d'eau chaude, ou un verre de bon vin de Whez fait avec un petit verre de Xérès dans un verre de lait chaud; enfin, de faire tout ce qu'il sera possible pour amener la chaleur et une transpiration générale, jusqu'à ce qu'un médecin puisse venir rendre les soins qui deviennent alors indispensables.

On n'a pas jugé nécessaire ni convenable de donner des instructions pour le traitement de la maladie dans une période plus avancée; les dispositions proposées ci-dessus pourront suffire jusqu'à l'arrivée d'un médecin; alors les symptômes particuliers à chaque individu seront traités comme ils l'exigeront.

Quoique l'époque du danger puisse imposer à toutes les classes des efforts et des sacrifices extraordinaires, on peut croire que cette époque ne sera pas de longue durée, puisque, dans la précédente invasion du choléra, cette maladie s'est rarement maintenue dans les localités qu'elle a atteintes au delà de quelques mois et même de quelques semaines. D'un autre côté, on peut espérer raisonnablement que les améliorations introduites dans le but d'en arrêter le progrès contribueront avec le même succès à en abréger la durée, et que ces améliorations ne seront pas temporaires comme l'occasion qui les a fait naître, mais produiront des avantages permanents.

Pour conclure, le Conseil général de santé insiste de nouveau sur cette remarque, que toute mesure préventive contre le choléra est également utile contre le typhus et toute autre maladie épidémique sujette à retour. Il appelle l'attention de toutes les classes sur ce fait, aussi palpable que consolant, relatif au choléra, que, sous sa forme la plus intense, et dans sa période avancée, il n'y en a pas contre laquelle il soit plus au pouvoir des hommes de se précautionner, soit comme individus, soit comme institutions col-

lectives, en surveillant avec attention la maladie dans sa première période ou dans les symptômes précurseurs, et en supprimant les causes qui sont des agents connus de propagation dans toutes les épidémies. Ainsi donc, quoique les inconvénients ne dépendent pas de nous, il nous est permis d'attendre avec espoir et même avec confiance le résultat des mesures de précaution que l'expérience et la science ont actuellement mises à notre portée, si elles sont appliquées avec résolution et persévérance.

Le choléra, grâce sans doute à la saison avancée, au temps sec et froid, ne débute pas en Angleterre avec la même intensité qu'en Prusse et en Russie. A Londres on ne signale que quelques cas isolés. Cependant il n'en est pas de même à Edimbourg; les cas y sont nombreux et surtout plus sévères, la maladie fait des progrès assez rapides dans les villages d'alentour. Voici le tableau des cas de choléra du 14 au 16 octobre, publié par le *Times:*

	Nombre des cas.	Décès.	Guérisons.	En traitement.
Edimbourg.	42	34	6	2
Newhaven	21	15	5	1
Leith.	27	16	3	8
Totaux. . .	90	65	14	11

Le *Standard* du 26 octobre publie un bulletin semblable daté du 24. Le nombre total de cas s'élevait à 197, et sur ce nombre on compte 111 décès. A Londres, 2 nouveaux cas seulement étaient signalés le 23; 1 à Lambeth, 3 à Wormingford, autant à Sunderland, etc.

Le choléra commence à augmenter en Hollande. On écrit d'Amsterdam, à la date du 22 octobre : 34 personnes sont entrées dans l'hôpital des cholériques ; 3 sont guéries et 15 ont succombé.

Pendant que le gouvernement de la France songe à rappeler les médecins sanitaires, les autorités des contrées au sein desquelles nos confrères ont séjourné, frappées de l'utilité de cette institution, pensent sérieusement à ne pas la laisser périr et à la réédifier à leur profit. Un journal de Constantinople annonce que M. le docteur Bartoletti, un des secrétaires du Conseil supérieur de santé de l'empire Turc, vient de partir pour Bagdad, afin de s'y concerter avec l'autorité locale sur les mesures à prendre pour l'établissement dans ces contrées d'un service sanitaire. Les connaissances pratiques et le zèle bien connu de cet honorable médecin le rendent digne de l'importante mission qui lui a été confiée.

La liste des concurrents pour la chaire de clinique interne vacante à la Faculté de Montpellier est close; les candidats inscrits sont : MM. Quissac, Jaumes, Fuster, Andrieu, Dupré, Lombard, Chrestien, Broussonnet fils.

On annonce la nomination de notre honorable confrère M. Recurt à la préfecture de la Seine. M. le docteur Gervais (de Caen) vient de remplacer le docteur Ducoux comme préfet de police.

M. le ministre de l'instruction publique vient de souscrire pour deux cents exemplaires à l'ouvrage de M. le docteur Fuster, sur les changements du climat de la France.

La Société médicale d'émulation vient de mettre au concours la question suivante : « Des analogies et des différences qui existent entre les divers épanchements liquides des séreuses splanchniques. » Les Mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er novembre 1849. La valeur du prix est de 300 francs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES SUR LE RHUMATISME MUSCULAIRE, ET EN PARTICULIER SUR SON DIAGNOSTIC ET SUR SON TRAITEMENT.

Par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Deuxième et dernier article (1).)

Bien que les considérations générales auxquelles je me suis livré dans le précédent article s'appliquent exactement à toutes les espèces de rhumatisme musculaire, il n'est pas inutile d'étudier en particulier quelques-unes de ces espèces, et cela pour plusieurs motifs. En premier lieu, la partie du corps qu'occupe la maladie apporte parfois à ses symptômes des modifications qui méritent d'être connues; ensuite, plusieurs moyens de traitement réussissent mieux dans certains rhumatismes que dans d'autres; enfin, il est quelques espèces peu connues qui méritent une mention toute particulière. Dans cette seconde partie de mon travail, je m'attacherai, comme dans la première, à ne mettre en relief que les points qui demandaient de nouvelles recherches pour être bien appréciés, ou qui peuvent présenter, quelque difficulté dans la pratique.

Je signalerai d'abord *le rhumatisme qui occupe les muscles de la tête*. Ce rhumatisme est assez fréquent et très-variable quant au siége. C'est ainsi que je l'ai vu occuper le muscle occipito-frontal, les muscles moteurs des yeux, les masséters, les temporaux et les muscles des joues.

Les douleurs dont la tête peut être le siége sont si variées, qu'il est quelquefois difficile de savoir si l'on a réellement affaire à un rhumatisme musculaire ou à une autre douleur affectant d'autres parties que les muscles. Il n'est qu'un moyen de s'assurer s'il s'agit véritablement d'un rhumatisme musculaire; ce moyen consiste à faire exécuter des mouvements le plus étendus possible à la partie où existe la douleur, et à comparer la souffrance qui en résulte avec celle qu'éprouve le malade dans le repos absolu. Si la douleur occupe les yeux, par exemple, il faut les faire porter à droite et à gauche, en haut et en bas. Lorsqu'un rhumatisme affecte un ou plusieurs des muscles moteurs, tous ces mouvements, ou quelques-uns d'entre eux, sont très-douloureux, tandis que dans le repos absolu de l'organe, la douleur consiste uniquement dans un sentiment sourd de contusion. Il en

(1) Voir la livraison du 15 octobre, page 296.

est de même des autres muscles indiqués plus haut; ainsi les mouvements de la mâchoire inférieure font facilement reconnaître la douleur rhumatismale des masséters, et si l'on recommande au malade de serrer fortement les dents, la contraction des temporaux qu'exige ce mouvement met en évidence le rhumatisme qui peut occuper l'un ou l'autre de ces muscles.

Je sais bien que dans les autres douleurs dont la tête peut être le siége, les mouvements sont aussi plus ou moins douloureux; mais 1° la douleur spontanée est toujours plus vive, plus insupportable que celle que fait éprouver le rhumatisme; 2° il n'y a ordinairement pas une disproportion marquée entre cette douleur spontanée et la douleur provoquée par les mouvements, comme dans le rhumatisme; 3° enfin, elle ne reste pas bornée à un ou deux muscles, et parfaitement circonscrite dans ces limites, comme dans la maladie qui nous occupe.

On voit qu'il y a là des nuances qu'il faut savoir saisir pour ne pas confondre le rhumatisme avec une névralgie, une migraine, une céphalée nerveuse, ces dernières affections n'étant pas toujours si tranchées, qu'elles ne puissent parfois donner lieu à des difficultés de diagnostic.

Maintenant je dois dire, relativement au traitement, que le rhumatisme de la tête m'a paru être celui qui cède le mieux à quelques applications calmantes. C'est ainsi que j'ai vu des *épicrânies*, ou rhumatismes du muscle occipito-frontal, céder aux lotions ou aux frictions de cyanure de potassium, préconisées aussi contre la migraine et pratiquées selon les formules suivantes :

Pr. Cyanure de potassium. . . 0,40 centigrammes.
Eau. . . . . 30 grammes.

pour lotions sur le front, les tempes, etc., trois ou quatre fois par jour, et plus si on le juge nécessaire.

Pr. Cyanure de potassium. . 0,20 centigrammes.
Axonge . . . . 30 grammes.

pour frictions sur les points malades.

On applique, comme on sait, très-souvent des vésicatoires à la nuque, pour dissiper des céphalalgies habituelles. Mais, sous ce nom de céphalalgie, on comprend plusieurs espèces d'affections, ainsi que nous venons de le voir. Or, je me suis maintes fois assuré que de toutes les céphalalgies, celle qui est due à l'existence d'un rhumatisme musculaire est celle qui résiste le plus au vésicatoire. On voit donc qu'il n'est pas inutile de savoir bien distinguer les cas, car on conviendra qu'il n'est pas indifférent de bien connaître les circonstances dans lesquelles il est plus ou moins bien indiqué de faire subir aux malades l'incom-

modité ordinairement fort grande pour eux d'un vésicatoire à la nuque.

J'ai remarqué, dans tous les cas que j'ai eu occasion d'observer, que la douleur du rhumatisme de la tête se fait particulièrement sentir le matin, au moment du lever, surtout dans les temps médiocrement froids et humides, et je me suis convaincu que cela tient au froid prolongé qui s'est fait sentir à la tête pendant toute la nuit. C'est ce que j'ai pu constater surtout chez des femmes qui couchaient avec un bonnet léger, et ce que l'on observera facilement chez tous les malades dont le rhumatisme a pour siége le front et les yeux. C'est, en particulier, ce qui existait chez une malade qui avait eu des névralgies violentes, et qui était affectée aussi de rhumatismes musculaires ayant leur siége dans plusieurs points du corps ; elle ressentait, le matin en s'éveillant, un froid glacial dans les yeux, dont les mouvements étaient alors très-douloureux, et ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que très-fréquemment la douleur s'étendait aux autres muscles de la tête, et produisait une céphalalgie insupportable. La même chose a lieu chez un homme soumis actuellement à mon observation.

Je n'hésite pas, comme on le voit, à attribuer la douleur à l'impression du froid prolongé. Mais on me demandera, peut-être, comment il se fait alors que cet effet ait lieu précisément dans les temps médiocrement froids, et non dans les grands froids. Cela est facile à comprendre. Lorsqu'il fait très-froid les appartements sont chauffés, et l'on se garantit exactement du froid; quand au contraire le temps se radoucit un peu, on se couche la tête peu couverte, dans une chambre non chauffée, et l'on sait combien les parties découvertes sont impressionnées par un froid de plusieurs heures, augmentant le matin.

Une preuve bien convaincante de la réalité de cette cause, c'est l'action évidente du moyen préservatif bien simple auquel j'ai d'abord recours lorsque l'influence du froid est reconnue. Chez les personnes qui sentent leurs yeux froids et douloureux au réveil, avec des douleurs plus ou moins étendues, il suffit de faire descendre jusque sur l'extrémité du nez le bonnet ou le mouchoir dont elles s'entourent la tête, pour faire cesser ces accidents. Tous ceux à qui j'ai conseillé ce moyen (si simple qu'il mériterait à peine d'être mentionné, si les plus petites choses n'avaient une grande valeur en thérapeutique), m'ont dit qu'ils trouvaient à leur réveil leurs paupières mouillées d'une sueur abondante, et que parfois leur serre-tête ou leur bonnet en était imbibé. Quant à la douleur, elle disparaissait très-promptement. L'application de ce moyen aux autres parties de la tête n'a pas besoin d'être indiquée ; mais je ne peux m'empêcher d'insister sur son usage, parce que j'ai vu des rhumatismes épicrâniens, temporaux, massétériens, dissipés complète-

ment par cette seule précaution. La flanelle et la soie sont les tissus les plus propres à entretenir une chaleur convenable dans les parties.

On observe, *dans le cou,* deux espèces principales de rhumatisme musculaire. La première est le *torticolis* ou *cou tors*, affection bien connue de tout le monde, et sur laquelle, par conséquent, je n'insisterai pas, parce que je ne veux parler, dans cet article, que des affections rhumatismales les moins connues.

Il en est une autre, au contraire, dont les médecins n'ont, en général, qu'une idée peu précise ; c'est le rhumatisme qui a son siége dans la région cervicale, et que j'ai proposé d'appeler *cervicodynie* (1). Cette affection se reconnaît aux signes suivants : il existe constamment, mais à des degrés très-variables aux diverses époques où l'on examine les malades, une douleur sourde occupant la partie postérieure du cou. Lorsque les malades veulent porter fortement la tête en arrière, ils sentent cette douleur augmenter considérablement ; il en est de même lorsqu'ils tiennent la tête penchée pendant longtemps, pour écrire par exemple. Cette douleur s'étend souvent de la partie inférieure de l'occipital jusqu'à l'épine de l'omoplate. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que fréquemment elle se propage aux muscles épicrâniens, et qu'elle donne lieu à un état de vague dans la tête et même à des étourdissements marqués, comme la névralgie occipito-frontale. J'ai été consulté, il y a deux ans, par un homme de cinquante-cinq ans, qui était affecté de cette maladie, et chez lequel cet étourdissement survenait toutes les fois qu'il imprimait à la tête des mouvements latéraux. Du reste, ce rhumatisme est un de ceux qui se transforment le plus souvent en névralgie. On voit, en effet, chez les sujets qui en sont affectés, le nerf occipital devenir, à certains moments, le siége de douleurs lancinantes qui s'étendent aux yeux et au front, et tous les signes de la névralgie occipito-frontale se manifester. Nouvelle preuve en faveur de ce que j'ai avancé plus haut sur l'identité de nature du rhumatisme musculaire et de la névralgie.

Après ce court exposé, il est aisé de comprendre combien est facile

(1) Voici les principales dénominations qu'on pourrait proposer : Céphalodynie pour le rhumatisme de la tête ; cervicodynie pour le rhumatisme de la région cervicale ; dorsodynie pour celui de la région dorsale ; lombodynie pour celui de la région lombaire ; pleurodynie, expression usitée pour celui des parois thoraciques ; scapulodynie pour celui de l'épaule. Plusieurs de ces mots ne sont pas formés selon les règles ; mais cela me touche très-peu s'ils sont très-compréhensibles. Ce qui m'a engagé à les employer, c'est que, dans l'étude d'une affection qui présente des distinctions parfois si subtiles, il est presque aussi nécessaire de séparer les divers états morbides par leur dénomination que par une description précise.

la confusion entre ces trois états : congestion cérébrale chronique, névralgie occipitale, et rhumatisme de la région cervicale. Voici les signes diagnostiques principaux : dans la congestion point de douleur pendant la contraction des muscles de la région cervicale ; dans la névralgie occipito-frontale simple, points douloureux isolés très-sensibles à la pression, douleur due à la contraction musculaire à peu près nulle ; dans la même névralgie s'étendant aux nerfs cervicaux, nouveaux points douloureux sur les côtés de la colonne vertébrale ; élancements vifs, propagation de la douleur à l'épaule et aux bras ; douleur due à la contraction musculaire beaucoup moins grande que dans la cervicodynie.

En se rappelant la description de la maladie, et en tenant compte des différences que je viens d'indiquer, il ne faudra qu'une faible attention pour distinguer ce rhumatisme de toutes les affections qui peuvent le simuler ; ce qui n'est pas complétement inutile au point de vue du traitement. J'ai vu, en effet, que les moyens qui réussissent le mieux contre cette espèce sont les bains de mer, les affusions froides, les ventouses scarifiées sur le point douloureux, et enfin l'acupuncture, que nous verrons plus loin être d'une utilité évidente dans d'autres rhumatismes chroniques, et notamment dans la scapulodynie. Chez un sujet que j'ai traité, l'acupuncture a eu constamment pour résultat de faire disparaître la douleur et tous les autres symptômes pendant un ou plusieurs jours ; il est vrai qu'elle a toujours reparu dès qu'on a voulu suspendre l'application de ce moyen : mais c'est une opération si peu douloureuse, qu'en admettant même qu'elle n'eût jamais plus de succès, et qu'elle ne pût point procurer une guérison complète, ce dont je n'ai pas eu encore occasion de m'assurer, nous aurions toujours là un moyen palliatif des plus précieux. Du reste, je dois dire que les autres moyens mentionnés plus haut n'ont fait également que procurer un soulagement plus ou moins grand et plus ou moins long, d'où il faut conclure que le rhumatisme de la région cervicale, revêtant la forme chronique, est une des affections douloureuses les plus rebelles que nous puissions avoir à traiter.

Le *rhumatisme de la région dorsale* a été passé sous silence par les auteurs, et cependant il a son intérêt. On pourrait, en effet, le confondre avec la névralgie dorso-intercostale, avec laquelle il a de nombreuses analogies. Mais d'abord, ce rhumatisme reste borné aux muscles de la région dorsale, et si la douleur s'étend le long des espaces intercostaux, c'est qu'il y a en même temps une pleurodynie, ou bien qu'il existe cette alliance du rhumatisme et de la névralgie, que j'ai déjà eu si souvent à mentionner.

Mais je ne m'étendrai pas plus longuement sur cette espèce, attendu que tout ce que j'ai dit à propos de la cervicodynie, sauf la mention des étourdissements, peut s'appliquer à la dorsodynie. C'est sur les mêmes bases que sont établis la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

Je ne m'étendrai guère plus sur le *rhumatisme de la région lombaire*, qui est un de ceux qu'on observe le plus fréquemment, qui a des symptômes faciles à saisir, et qui a été un des mieux étudiés. Il me suffit, en effet, de signaler à l'attention du lecteur la difficulté qu'on éprouve quelquefois à distinguer ce rhumatisme de la *névralgie lombo-abdominale*, affection qui n'est bien connue que depuis quelques années. Mais je veux dire quelques mots d'un accident qui a été diversement interprété par les auteurs qui s'en sont occupés : c'est le *tour de reins*, maladie très-douloureuse et qu'on a très-fréquemment l'occasion d'observer.

Le tour de reins est-il réellement un rhumatisme? Doit-on le regarder comme une variété du lumbago? telle est la première question qui se présente. Dans ces dernières années, on a avancé l'opinion que dans le tour de reins il y avait rupture de quelques fibres aponévrotiques et musculaires, et l'on s'est fondé, pour cela, sur les considérations suivantes : la douleur qui caractérise le tour de reins survient subitement, dans un mouvement brusque et ordinairement dans un effort pour soulever de terre un fardeau. Cette douleur est excessive et comparable à celle que fait éprouver la rupture du plantaire grêle, dont le tendon se rompt assez fréquemment dans les efforts considérables que font les danseurs. La moindre contraction des muscles lombaires exaspère au plus haut degré la douleur qui, d'ailleurs, est circonscrite dans un point assez limité, ce dont on peut s'assurer par la pression. On trouve, en effet, un point peu étendu sur lequel on ne peut pas appuyer le doigt sans faire crier le malade ; or, c'est ce qui a lieu dans la rupture du plantaire grêle. Enfin, il est des malades qui affirment qu'ils ont senti un craquement, un déchirement au moment où est survenue cette excessive douleur qui ne leur a pas permis de se redresser.

Ces raisons sont spécieuses, mais elles ne me paraissent pas péremptoires. La douleur survient brusquement, il est vrai ; mais qui n'a vu des douleurs musculaires, chez des sujets rhumatisants, se produire de la même manière? Elle se manifeste dans un effort assez violent pour produire la rupture d'une fibre ou d'un petit tendon ; cela est encore vrai, mais non dans tous les cas. On voit, en effet, quelques malades éprouver cette vive douleur au moment où, s'étant baissés, ils se re-

lèvent sans effort, et j'ai pu observer un cas dans lequel la simple action de porter le bras en arrière, sans chercher en aucune manière à soulever un fardeau, sans que le mouvement fût forcé, produisit une telle douleur dans le deltoïde que, pendant deux jours, les mouvements furent complétement impossibles, et la moindre pression sur le muscle donnait lieu à la douleur la plus vive. Si pareille chose s'était manifestée du côté des lombes, c'eût été évidemment un tour de reins, et assurément on ne pouvait pas, dans ce cas, penser à la rupture d'une fibre musculaire ou aponévrotique.

Je viens, tout récemment, d'observer un cas du même genre, dans lequel la douleur avait son siége ailleurs. Un homme, sujet au rhumatisme musculaire, fut pris brusquement, en faisant effort pour se lever, d'une douleur dans le côté droit du cou. Cette douleur fut si vive qu'elle arrêta immédiatement le mouvement, et arracha un cri. Pendant plus de quarante-huit heures les mouvements du cou sont restés presque impossibles, et cinq jours après ils étaient encore douloureux. Il y avait un point circonscrit très-sensible à la pression.

Il est, dans le tour de reins, un point très-douloureux à la pression, comme dans la rupture du tendon du plantaire grêle; cela est incontestable dans un certain nombre de cas, mais encore, dans ces cas, on peut s'assurer que le reste de la masse musculaire participe plus ou moins à cette douleur, et, d'un autre côté, il est loin d'être rare de ne pas observer ce point circonscrit si douloureux. La pression ne détermine alors qu'une douleur médiocre, tandis que la contraction musculaire détermine une souffrance intolérable. D'un autre côté, comme nous l'avons vu dans un des cas précédents, le point douloureux à la pression peut se produire sans rupture de fibres, en sorte qu'il n'y a pas de différence essentielle. Enfin, s'il est vrai de dire que quelques sujets éprouvent la sensation d'un craquement, on ne peut méconnaître aussi que la plupart n'ont rien ressenti de semblable, et on peut très-bien attribuer ce craquement au frottement des articulations vertébrales.

Tous ces motifs me portent à rejeter l'existence d'une rupture. Or, si d'autre part je considère que cet accident survient presque toujours chez des individus sujets au rhumatisme musculaire, que le rhumatisme musculaire est de nature névralgique, et que la névralgie se produit quelquefois dans un effort, ce que l'on remarque surtout dans la névralgie sciatique, je suis porté à regarder le tour de reins comme un rhumatisme subitement développé dans un muscle par la contraction brusque de ses fibres. Cela est évident chez quelques malades qui, avant l'accident, éprouvaient déjà des douleurs de reins sourdes, ou un lumbago léger.

Ces considérations ne sont pas sans utilité au point de vue du traitement. Si, en effet, on admettait l'existence d'une rupture, il faudrait, avec les auteurs qui ont soutenu cette manière de voir, en admettre aussi la conséquence thérapeutique, c'est-à-dire, se contenter de maintenir le malade dans un repos absolu, et laisser à la nature le soin de réparer l'altération matérielle qui résulte de la rupture. Mais l'expérience nous a appris que, de tous les rhumatismes musculaires, il n'en est aucun qui soit plus heureusement traité par les ventouses scarifiées que le tour de reins. On voit des malades qui ne pouvaient pas faire le moindre mouvement, se mettre assez facilement à leur séant, douze ou vingt-quatre heures après l'application de huit ou dix ventouses scarifiées sur les points douloureux. N'est-ce pas là une nouvelle preuve en faveur de la non-existence d'une rupture?

Toutefois, on ne peut nier que le repos absolu ne favorise beaucoup la guérison et ne la rende beaucoup plus prompte ; mais ce qu'il importe de savoir, c'est que si l'on se borne au repos seul, le mal peut persister quatre, cinq, six et dix jours de plus que lorsqu'on lui associe les émissions sanguines locales (sangsues ou ventouses), et, dans une maladie de ce genre, la durée est tout. Il n'est peut-être pas de fait qui prouve mieux la grande supériorité des émissions sanguines sur le repos absolu mis seul en usage, que le suivant que j'ai recueilli à l'Hôtel-Dieu (annexe).

Obs. II. Robot (François), âgé de trente-quatre ans, marchand des quatre saisons, est entré le 2 septembre 1847 à l'Hôtel-Dieu (annexe).

Le 3, il nous raconte ce qui suit : il y a dix jours, portant sur les épaules un sac de pommes de terre pesant environ 220 livres, il fit un faux pas en voulant éviter un omnibus, et tomba à la renverse. Au moment de sa chute, il fit un violent effort pour se retenir, et ressentit immédiatement une douleur atroce dans les reins. Il ne put se relever. Pendant une heure, la douleur était si violente, qu'il avait la face constamment baignée de sueur. Au bout de ce temps, il put rentrer chez lui, soutenu par deux hommes. Il se coucha immédiatement, et resta constamment couché jusqu'à ce jour, ne faisant autre chose que d'appliquer des cataplasmes sur les lombes.

A la visite du 3 septembre, je le trouvai dans l'état suivant : impossibilité absolue de s'asseoir dans son lit. Quand il veut se retourner dans son lit, la douleur est excessive et arrache des cris. La pression détermine une douleur médiocre sur toute la masse musculaire des lombes, à droite et à gauche, mais il n'y a pas de point circonscrit plus douloureux que les autres. Les inspirations un peu fortes causent beaucoup de souffrance. Aucune douleur dans l'immobilité. Insomnie presque complète. Constipation. Toutes les autres fonctions sont normales. (*Huit ventouses scarifiées sur les lombes; une bouteille d'eau de Sedlitz; deux portions.*)

Le 4. Le malade peut se mettre seul sur son séant; il souffre néanmoins encore un peu pendant ce mouvement. Il peut se retourner dans son lit

sans éprouver autre chose qu'une légère douleur. Les inspirations n'ont plus aucun retentissement douloureux. Le malade a un peu dormi.

Le 5. Même état. (*Huit ventouses scarifiées sur les lombes.*)

Le 6. Il s'asseoit facilement dans son lit. Il s'est levé hier après l'application des ventouses, et s'est promené un peu sans fatigue. Il a bien dormi.

Le 8. La douleur est presque complètement dissipée.

Le 10. Guérison.

On aura sans doute remarqué que, dans ce cas, il n'y avait pas de douleur circonscrite, et que c'était bien toute la masse musculaire qui était douloureuse.

Mais ce n'est pas sur les symptômes que je veux insister ici. J'ai surtout présenté ce fait pour montrer la rapide influence du traitement approprié. Elle est ici évidente. Le repos, pendant dix jours, n'avait apporté aucune amélioration ; la maladie était bien loin de paraître céder dans peu à son influence, et, du jour au lendemain, une application de ventouses procura l'amendement le plus notable. Puis, cet amendement produit, l'état resta stationnaire pendant trente-six heures environ, et une autre application de ventouses suffit pour enlever complètement la maladie.

Je pourrais multiplier les exemples ; mais les praticiens en trouveront facilement, et il leur sera aisé de s'assurer de l'efficacité remarquable des émissions sanguines aux lombes, suivies du repos, dans cette maladie douloureuse.

Du reste, ce sont là les deux seuls moyens de traitement auxquels il soit nécessaire d'avoir recours. Les applications calmantes et les émollients ne sont que d'un très-faible secours.

Il est plusieurs autres rhumatismes musculaires dont je ne m'occuperai pas ici, parce qu'ils ne me présenteraient aucune considération nouvelle ; telle est en particulier la *pleurodynie*. Il en est d'autres qui sont encore enveloppés d'une très-grande obscurité et sur lesquels je me propose de revenir quand j'aurai recueilli un nombre suffisant de renseignements ; ce sont les rhumatismes internes. Je n'ai donc à ajouter, pour terminer cet article, que quelques considérations sur un rhumatisme musculaire qui est parfois des plus rebelles et des plus violents, et qui peut donner lieu, comme plusieurs faits que je mentionnerai le prouvent, à un accident fort grave : la paralysie du deltoïde d'où résulte l'immobilité presque complète du bras. Ce *rhumatisme* est celui de *l'épaule* qu'on peut désigner sous le nom de *scapulodynie*.

Ce rhumatisme a pour siége principal le muscle deltoïde ; mais il affecte aussi assez souvent les autres muscles de l'épaule. Le point de son histoire le plus difficile et le plus obscur est, sans contredit, le diagnostic dans les cas aigus. C'est aussi le point dont je vais principalement m'occuper.

Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que de distinguer le rhumatisme musculaire du rhumatisme articulaire et de

l'arthrite aiguë de l'épaule. Cela est vrai pour le plus grand nombre des cas, mais non pour tous. L'année dernière, j'ai eu dans mon service un homme qui a présenté à plusieurs reprises des douleurs extrêmement vives dans l'épaule droite, avec fièvre, insomnie, agitation ; qui a offert, en un mot, les principaux signes du rhumatisme mono-articulaire ou de l'arthrite aiguë, et qui cependant n'avait qu'un rhumatisme musculaire comme me l'a prouvé un examen attentif des symptômes et de la marche de la maladie. Les douleurs ont, en effet, paru et disparu à divers intervalles, et chaque fois, après leur disparition, on pouvait imprimer à l'articulation de grands mouvements, sans éprouver autre chose qu'un peu de résistance due à la contraction involontaire des muscles excitée par une légère douleur. Après la guérison, il n'est pas resté de plus grande raideur ; et, en outre, lorsque dans le fort de la maladie on cherchait à soulever le bras, on voyait que la douleur se produisait, non dans l'articulation et dans les ligaments, comme dans le rhumatisme articulaire et l'arthrite, mais dans les muscles et surtout dans le deltoïde qui, parfois, se contractait involontairement, non sans de très-vives souffrances.

Dans un autre cas, j'ai vu des douleurs semblables se manifester ; mais ce cas n'était pas simple. Après trois jours de durée de ces douleurs, accompagnées d'un mouvement fébrile assez intense, apparurent les signes locaux d'une pleuro-pneumonie du sommet droit, côté occupé par les douleurs de l'épaule. Je regrette que le défaut d'espace m'empêche de donner cette observation très-intéressante au point de vue du diagnostic. Je dirai seulement ici, que ce qui résulte pour moi de l'étude attentive de ce fait, c'est qu'il n'y avait autre chose qu'une vive douleur pleurétique insolite, se communiquant aux muscles de l'épaule. Ce qui le prouve, c'est que la douleur disparut dès que les symptômes de la pneumonie commencèrent à se calmer. Mais, à coup sûr, on devait s'y tromper dans les premiers jours ; et ce fait prouve qu'on doit consulter attentivement le sommet du poumon dans les cas de vives douleurs d'épaule, de même qu'on le fait lorsqu'un point de côté se manifeste vers la base.

Je n'insisterai pas davantage sur la scapulodynie aiguë, parce que, sous le rapport du traitement, elle ne présente rien de particulier.

Le *rhumatisme chronique de l'épaule* est surtout remarquable par la paralysie qu'il détermine dans certains cas. On trouve, dans les auteurs, un assez grand nombre d'exemples de paralysie du bras survenue chez des sujets qui n'ont préalablement éprouvé autre chose qu'une douleur vive de l'épaule ; mais il n'est pas toujours facile de décider, d'après l'examen des symptômes, s'il s'agit simplement d'un rhuma-

tisme musculaire, ou s'il y a inflammation de l'articulation. Il est, toutefois, quelques cas qui ne laissent aucun doute. Je me contenterai d'en citer un que je dois à la complaisance de notre excellent confrère M. Debout, et qui est remarquable, non-seulement par ses symptômes, mais encore par les effets d'un traitement fort simple, l'acupuncture.

Obs. II. Il s'agit d'une femme âgée d'environ quarante-cinq ans, domestique, qui se présenta à M. Debout dans le mois de septembre 1846. Elle lui raconta que huit ou dix mois auparavant elle avait, sans cause évidente, éprouvé dans l'épaule droite une douleur considérable. Dans les premiers temps, elle ne mit en usage que des liniments et un vésicatoire qui ne produisirent aucun effet. Puis, elle alla à l'hôpital Saint-Louis où on lui prescrivit des douches et des bains de vapeur. Elle avait pris *plus de* 150 *douches ou bains de vapeur* sans aucun résultat. Elle ne pouvait en aucune manière se servir de son bras; tout mouvement d'élévation, en particulier, était impossible; elle ne pouvait pas porter le moindre fardeau ; à peine si elle pouvait écarter un peu le coude du corps. La pression exercée dans le creux de l'aisselle n'était pas douloureuse.

M. Debout eut recours à l'acupuncture : trois aiguilles furent introduites vers chacun des angles du muscle deltoïde. Elles furent enfoncées à la profondeur de deux centimètres et demi environ, et retirées au bout de dix minutes. Immédiatement après cette femme put porter avec facilité sa main à sa tête.

La malade revint quinze jours après. Elle raconta que le lendemain du jour où la petite opération avait été pratiquée, elle avait pu se coiffer, et porter, avec le bras malade, un seau plein d'eau à une distance de vingt à vingt-cinq pas. Maintenant les mouvements étaient redevenus de jour en jour difficiles, elle ne pouvait plus porter la main à sa tête ; mais tout le bénéfice du traitement était loin d'être perdu, car elle pouvait encore élever le coude à la hauteur de l'épaule.

Une nouvelle application de trois aiguilles fut pratiquée exactement de la même manière, et au bout de dix minutes, après l'enlèvement de ces aiguilles, le bras reprit immédiatement toute la liberté de ses mouvements.

Malheureusement, malgré les recommandations de M. Debout, cette malade ne s'est pas représentée. Il est vrai qu'on lui avait principalement recommandé de revenir si de nouveaux accidents se manifestaient; mais on sent combien il eût été intéressant de pouvoir juger de son état après un certain laps de temps.

Le résultat obtenu par l'acupuncture chez une malade qui souffrait depuis si longtemps et qui avait pris un si grand nombre de douches et de bains de vapeur n'en est pas moins remarquable. Il doit engager fortement à recourir à ce moyen dans les cas semblables.

J'ai vu quelques autres cas de ce genre dans les recueils scientifiques, mais le défaut de détails ne me permet pas de les citer ; je me contenterai d'en mentionner un qui est dû à M. Blandin, et dans lequel quelques applications d'acupuncture procurèrent une guérison complète.

On pourrait se demander s'il ne s'agissait pas ici d'un de ces cas de rhumatisme compliqué dont M. Velpeau a récemment donné la description et dans lesquels il y a une atrophie qui porte à la fois sur les muscles et sur les extrémités articulaires, et de plus sortie de la tête de l'humérus de la cavité glénoïde. Mais l'examen de l'aisselle n'a rien fait reconnaître de semblable, et les résultats de l'acupuncture éloignent nécessairement cette idée. Dans ces derniers cas, en effet, le mouvement et la force ne peuvent se rétablir que d'une manière graduelle.

Il ne s'agissait donc ici que d'un rhumatisme simple, le seul dont il soit question dans cet article. VALLEIX.

DES DANGERS DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES CHEZ LES ENFANTS.

La plupart des médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies de l'enfance se sont accordés à proscrire l'emploi des vésicatoires du traitement de ces maladies. Bien que presque tous les praticiens acceptent ce point de doctrine, au moins en ce qui touche les enfants du premier âge, et y conforment leur conduite, bien des cas se présentent cependant où, après avoir vainement essayé des autres méthodes, ils sont toujours tentés de recourir à une médication qui, dans d'autres conditions, a une incontestable utilité. Nous n'oserions certainement blâmer, d'une manière absolue, ces infractions à une loi générale, qui a pour base une expérience aussi étendue ; car nous-même avons pu, plus d'une fois, constater l'heureux succès de cette pratique hardie ; mais ces exceptions ne sauraient infirmer la règle de prudence que nous venons de rappeler, et c'est pour fixer de nouveau l'attention des médecins sur ce point important de pratique, que nous publions la présente note.

Nous ne passerons point en revue les nombreux accidents que peut entraîner à sa suite l'application intempestive des vésicatoires chez les enfants : ces accidents sont d'autant plus fréquents et d'autant plus redoutables, que les enfants chez lesquels est mis en usage ce mode de révulsion sont moins âgés. Mais, abstraction faite de cette cause générale d'exclusion de la médication révulsive, employée d'une manière un peu énergique, il faut encore admettre que cette thérapeutique doit être sévèrement proscrite dans quelques états particuliers de l'organisme. C'est ainsi, par exemple, que l'emploi des vésicatoires devient fort dangereux, même chez les enfants qui ont dépassé les deux premières années de la vie, lorsqu'on y a recours à une période avancée d'une maladie qui a profondément débilité l'organisme ; et ceci est fort

simple. Dans quelles conditions cette maladie, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, a-t-elle placé l'économie? Précisément dans les conditions de faiblesse où se trouve naturellement l'enfant, alors qu'il ne jouit encore que d'une vie toute parasite, que les liens d'une étroite dépendance le rattachent à sa mère. Une affection prolongée, qui exténue l'enfant, le place encore, bien que d'une manière indirecte, dans les conditions que réalise directement l'infection typhoïde. Dans l'un et l'autre cas, l'intensité de la vie a baissé, et une irritation un peu vive, et surtout un peu prolongée sur un point quelconque de la peau, suffit à y suspendre la circulation sanguine et nerveuse, parce que les tissus manquent de la réaction nécessaire à la résolution de toute congestion locale. Il suffit d'avoir suivi avec quelque attention les salles dans lesquelles sont recueillis les enfants malades, pour avoir remarqué avec quelle facilité la gangrène se développe dans les diverses conditions que nous venons de rappeler. Voilà pourquoi aussi tous les auteurs qui ont traité, après une suffisante expérience, des maladies de l'enfance, recommandent avec tant de soin de surveiller les divers points de l'enveloppe cutanée que la gangrène peut plus particulièrement envahir.

Voici, à l'appui des réflexions qui précèdent, un fait que nous publions avec d'autant plus d'empressement, qu'il appartient à notre pratique particulière, et qu'une erreur, ainsi franchement avouée, sert autant la pratique que le succès le plus brillant. Là, au moins, l'amour-propre ne saurait faire illusion à l'observateur. Sous l'influence de l'épidémie encore actuellement régnante, et qui se traduit surtout par des diacrèses intestinales en général d'un caractère peu grave, un enfant de neuf mois est atteint d'un flux intestinal d'abord peu abondant, mais qui, mal soigné, augmente progressivement, et abat profondément le petit malade. Alors l'estomac, qui jusqu'ici avait paru demeurer étranger au trouble du reste du tube digestif, se dérange lui-même, et l'enfant vomit presque tous ses aliments, qui, du reste, ne se composent que du lait de la mère et de quelques potages légers. Nous remarquons même, à cet égard, que la toux provoque souvent ces vomissements, et que, quand celle-ci n'a point lieu, les aliments sont mieux gardés. Lorsque nous voyons l'enfant pour la première fois, nous le trouvons déjà dans un état de dépérissement prononcé : l'altération du facies nous fait redouter une lésion profonde de la muqueuse digestive, et nous fait rejeter les moyens propres à modifier directement la muqueuse gastro-intestinale, siége d'une simple diacrèse. Nous commençons par changer le régime du malade, et conseillons à la mère de se borner à lui donner son lait, avec la précaution de ne point surcharger l'esto-

mac : nous ajoutons à cela la prescription de cataplasmes légèrement laudanisés sur le ventre, et quelques quarts de lavements amidonnés. Ces moyens, continués pendant deux ou trois jours, ont pour résultat de diminuer le nombre des garderobes, mais n'ont aucune influence sur l'estomac, qui continue de rejeter les aliments. La magnésie, la glace, n'ont également aucune action sur cet accident ; c'est alors que nous nous décidons à prescrire un vésicatoire à la région épigastrique. Celui-ci prend rapidement : bientôt aussi les vomissements diminuent, et cessent même presque complétement. Cependant, l'enfant va toujours dépérissant davantage ; le facies s'altère de plus en plus, le sommeil est nul, le pouls très-petit. Nous examinons le vésicatoire, que nous n'avions point vu depuis plusieurs jours, et nous le trouvons noir, d'un noir de jais, dans toute son étendue. Cette gangrène nous paraît superficielle, et ne pas dépasser l'épaisseur du derme. Cette membrane, frappée de mort, est comme parcheminée, sans aucune sécrétion, et sans odeur appréciable. Elle est entourée dans tout son pourtour d'un cercle d'un rouge intense, qui marque les limites de la vie et de la mort. Mais, chose remarquable ! la disposition à la gangrène est telle chez ce malheureux enfant, que trois ou quatre petites plaies qu'il présente aux doigts de la main gauche, et qui résultent, suivant la mère, de coups d'ongle que l'enfant s'est donnés en s'agitant, offrent également des taches de gangrène manifeste. Enfin, il n'est pas jusqu'à la verge qui, au pourtour du méat urinaire, ne présente une petite tache de même nature.

Que faire en présence de si formidables accidents ? Il faut bien le reconnaître, quand la vitalité a subi une si profonde atteinte dans un organisme aussi frêle, aussi dépourvu de réaction que celui d'un enfant de neuf mois, il est bien difficile à la médecine de trouver une médication quelque peu efficace. Cette sorte de gangrène diffuse n'est, il est vrai, que superficielle, elle ne progresse point ; là même où elle a frappé les tissus avec le plus d'énergie, elle est évidemment limitée ; d'un autre côté, elle n'a point cette spontanéité qu'on observe quelquefois ; partout où elle s'est montrée, elle a évidemment succédé à l'action d'une cause irritante, à l'épigastre comme aux doigts, aux doigts comme au pénis, où elle a très-probablement succédé à l'action irritante de l'urine. Mais ce qui paralyse l'art, en pareille circonstance, et l'empêche de venir au secours d'un organisme qui n'est point encore complétement dépourvu de ressort, ainsi que le témoigne le travail de délimitation dont nous avons parlé tout à l'heure, c'est que l'estomac et l'intestin sont hors d'état d'assimiler toute substance propre à remonter le ton de la vie défaillante. Quant aux moyens topiques, nous

n'en voyons aucun d'applicable. Nous avons conseillé des embrocations camphrées sur les parties sphacélées, mais bien plutôt pour obéir aux désirs de la mère, que pour suivre une indication positive; car il n'y a rien de plus à faire ici, qu'à attendre le travail d'élimination auquel se prépare l'organisme. A l'intérieur, nous avons prescrit le lait de la mère, quelques cuillerées d'eau panée légèrement animée de vin, et une infusion de camomille édulcorée avec le sirop de quinquina ou d'écorces d'orange. Malgré ce moyen, l'enfant va toujours dépérissant, le pouls est à peine sensible; et si le malade ne vomit plus, cela tient probablement à une sorte de stupeur dont l'estomac est frappé. D'ailleurs, à supposer, contre toute vraisemblance, que l'enfant surmonte ces accidents primitifs, il est plus que probable que son organisme profondément affaibli ne pourra faire les frais du travail de réparation qu'entraînera la chute des parties sphacélées.

Nous avons rapporté cette observation avec quelques détails, en mêlant à ceux-ci les remarques pratiques qu'ils nous suggéraient, parce qu'il nous semble qu'il doit sortir de là pour les esprits attentifs plus d'un enseignement utile; mais surtout celui-ci, que nous avons commis une erreur grave en pratiquant une révulsion aussi énergique chez un enfant aussi jeune, et en même temps aussi profondément débilité par une maladie antérieure. *Valeat error pro bono.*

Le fait que nous venons de rapporter nous en rappelle un autre, que nous croyons devoir également consigner ici. Si le développement de la gangrène, dans les conditions dont il s'agit, a été souvent observé, il n'en est pas de même, nous le croyons au moins, de l'accident que nous allons voir suivre l'application intempestive d'un vésicatoire chez un enfant également très-jeune; cet accident est une anasarque générale. Voici d'ailleurs une esquisse rapide de ce fait.

Un enfant de huit mois, sous l'influence de la même épidémie que le précédent, est atteint des mêmes accidents. Ces accidents, mal combattus à leur origine, entraînent bientôt à leur suite le dépérissement d'un enfant d'une constitution originairement très-forte. Après avoir vainement opposé au mal un ensemble de moyens dont l'action était incessamment contrariée par une diététique peu judicieuse, je quitte pendant quelque temps le petit malade, auprès duquel est appelé un autre médecin, qui suit sans plus de succès la même médication. Cédant, je crois, aux sollicitations des parents, plutôt qu'à une indication rationnelle, ce médecin, de guerre lasse, finit par appliquer un vésicatoire au bras de l'enfant. On suppose, tout d'abord, que ce vésicatoire avait fait merveille; mais bientôt on fut forcé de reconnaître que cette apparence de bien cachait un mal profond. En effet, ce que

l'on avait pris pour un commencement de retour d'embonpoint était le début d'une anasarque, qui ne tarda point à se manifester de la manière la plus évidente. La face, les avant-bras et les mains furent les premiers organes qui devinrent le siége de l'infiltration : plus tard, les cuisses, les jambes et les pieds présentèrent la même infiltration. Nous essayâmes, mais en vain, de faire disparaître ces accidents : ils persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu huit ou dix jours après le début de cette suffusion séreuse générale.

Nous ne sachions pas qu'on ait encore signalé cet effet funeste de l'application d'un vésicatoire sur un point de l'enveloppe cutanée. C'est qu'aussi il est peu de praticiens qui aient recours à l'emploi de ce moyen dans de pareilles conditions. Comment d'ailleurs expliquer ce résultat ? Faut-il l'attribuer à l'action des cantharides sur les reins qui, sous l'influence de cette stimulation, seraient devenus le siége de cet état morbide connu sous le nom de maladie de Bright, et qu'on sait entraîner presque constamment à sa suite le développement d'une anasarque? Il nous a été impossible de rechercher la présence de l'albumine dans les urines, et en l'absence de ce critérium, nous ne pouvons, à cet égard, aller au delà d'une simple conjecture. Mais il est une autre explication tout aussi rationnelle que celle-ci, et qui, nous l'avouons, nous paraît plus vraisemblable. N'oublions pas que l'enfant dont il est question ici n'avait pas plus de huit mois : or, à cet âge, la peau est d'une impressionnabilité extrême, et le tissu cellulaire placé au-dessous d'elle reçoit énergiquement l'impression de toute irritation développée à la surface de celle-ci. Là est donc, si nous ne nous trompons, la véritable cause de l'anasarque que nous avons observée, et à laquelle la faiblesse de l'enfant l'avait d'ailleurs prédisposé. Nous avons dit que cet accident, en tant du moins que provoqué par l'application d'un vésicatoire, avait été vainement observé, si même il l'avait jamais été; mais la science a enregistré un certain nombre de faits, rares aussi, mais réels, qui tendent à confirmer la vérité de l'explication que nous venons de proposer. Quelques médecins, en effet, ont signalé le développement d'un semblable accident à la suite d'une irritation d'un autre mode artificiellement provoquée à la surface de l'enveloppe cutanée : nous voulons parler de l'irritation déterminée par l'application de la pommade stibiée. Comme ce fait est lui-même assez rare, puisqu'il est passé sous silence par des auteurs considérables, tels que MM. Trousseau, Pidoux et Cazenave, dans des travaux publiés par eux sur cet agent thérapeutique, qu'on nous permette, en finissant, de citer un cas de ce genre, que nous avons naguère observé.

Il s'agit ici d'une jeune fille de vingt à vingt-deux ans, qui souf-

frait depuis longues années d'une gastralgie qui dure encore. Consulté par elle, et plein des idées de Broussais, comme l'était alors tout médecin qui n'avait vu les choses que par la lunette du théoricien, nous n'hésitâmes point à voir là une bonne et franche gastrite chronique. En conséquence de ce diagnostic, nous prescrivîmes, outre un régime approprié, une révulsion énergique à la surface de l'organe malade, à l'aide de la pommade stibiée. Quels ne furent pas notre étonnement et notre désappointement tout à la fois, quand, quelques jours après le début de l'éruption pustuleuse, nous trouvâmes le visage de la malade devenu le siége d'un œdème énorme! Cet accident avait suivi de trop près l'irritation révulsive, pour que nous dussions hésiter sur la détermination de la cause qui l'avait provoqué. Aussi nous hâtâmes-nous de suspendre l'emploi de la pommade et de calmer le mieux que nous pûmes l'irritation intempestive que nous avions développée. En peu de jours l'irritation s'éteignit, et avec elle disparut peu à peu la suffusion séreuse qu'elle avait déterminée. Depuis lors, nous avons su que semblable mésaventure était arrivée à d'autres qu'à nous; cela nous a consolé, et a concouru, avec notre expérience propre, à nous rendre plus réservé à l'endroit d'un agent thérapeutique qui a son danger, appliqué surtout sur une peau fine et blanche.

Par ces temps de médecine heureuse et toujours triomphante, il y a peut-être quelque mérite à dire ainsi ses revers; mais, à part ce mérite, qu'on nous accordera si l'on veut, notre franchise aura au moins l'avantage de toute vérité, celui de prémunir ceux qui courront la même voie que nous contre les erreurs qu'elle signale. S.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE QUELQUES PROCÉDÉS PEU USITÉS DANS LE TRAITEMENT DES COARCTATIONS ORGANIQUES DE L'URÈTRE.

Par le docteur CIVIALE.

Il n'est pas rare de trouver des cas dans lesquels les moyens généralement en usage contre les rétrécissements et l'obstruction de l'urètre ne produisent pas l'effet désiré, et ces cas, réfractaires à la thérapeutique ordinaire, sont les plus embarrassants qu'on puisse rencontrer. Les hommes les plus éminents de la profession s'en sont occupés dans tous les temps; cependant les opinions ne sont point encore arrêtées. Il m'a paru utile de rappeler quelques faits anciens, et

de les rapprocher de ceux que la pratique nous a offerts ; ce sera le moyen d'élucider la question, et d'apprécier des procédés nouveaux, ou renouvelés, à l'égard desquels on se fait illusion.

Les cas dont je veux m'occuper forment deux catégories distinctes. Dans l'une, le canal est tellement dévié, déformé, ou obstrué, qu'il y a impossibilité absolue d'y faire pénétrer l'instrument le plus délié. Dans l'autre série, l'urètre livre encore passage à l'urine, et admet un stylet, une sonde, une bougie du plus petit volume ; mais les parois du canal sont tellement indurées, raides, épaissies, que les moyens ordinaires de dilatation sont insuffisants, ou du moins le résultat qu'on parvient à obtenir difficilement, douloureusement, est incomplet ; de plus, la rétractilité des tissus est si grande, qu'on perd en quelques jours le peu d'amélioration qu'on avait obtenue.

Je désigne sous le nom d'*urétrotomie* les différentes opérations qu'on fait à l'urètre à l'aide de l'instrument tranchant. La partie historique de ce travail, que je viens de communiquer à l'Académie de médecine, se trouvera dans une autre publication. Je me bornerai à présenter ici quelques remarques pratiques. Il s'agit de questions graves dont l'importance n'est pas assez généralement appréciée. Elles ont été remises à l'étude dans ces derniers temps, mais on n'est pas encore parvenu à les résoudre.

Pour diviser l'urètre dans le but de faire cesser la rétention d'urine et de ramener le canal à ses conditions normales, on peut procéder de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, et, dans ce dernier cas, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant. De là, trois espèces bien distinctes d'urétrotomie, sans compter les subdivisions, qui sont nombreuses. Ainsi, pour la première, l'incision est faite tantôt sur le point rétréci lui-même, tantôt en arrière de ce point ; ici, on laisse d'abord la coarctation intacte ; là, on la divise en même temps que les tissus superposés ; enfin, les uns opèrent sur un conducteur, et les autres sans aucun guide. Pour la seconde, tantôt on se borne à une simple ponction avec une sonde pointue, un trocart, un fer de lance ; tantôt on pratique l'incision des tissus d'une manière plus méthodique, à l'aide d'un conducteur qui dirige l'instrument tranchant. La troisième présente aussi de nombreux procédés. Dans toutes, d'ailleurs, l'opération varie suivant le siége du mal.

1° *Urétrotomie de dehors en dedans.*

Il y a une distinction importante par rapport aux cas qui réclament cette opération. Tantôt, par le fait de l'oblitération de l'urètre, le passage de l'urine est interrompu, et l'existence du malade se trouve en péril si l'art n'intervient pas immédiatement ; tantôt l'urètre est dé-

vié, déformé, et plus ou moins complétement oblitéré, mais l'émission de l'urine se fait encore soit par la voie naturelle, soit par des fistules, et par suite, la vie n'est compromise qu'accidentellement. Ces derniers cas, en apparence très-inquiétants, à cause surtout des complications qu'ils présentent, sont en réalité les moins graves et les moins embarrassants. Le malade, conservant la faculté de se débarrasser de l'urine, laisse au chirurgien le temps de combiner, de régler ses moyens d'action. De plus, l'existence d'une fistule, eu égard à la manœuvre, offre une ressource précieuse.

La science est en possession d'un grand nombre de faits qui constatent la puissante intervention de l'art dans ces cas. Il suffit de rappeler les observations de Hoin, Ledran, Lassus, A. Dubois, J.-L. Petit, Delpech, J.-B. Brodie, etc., qui ont été appelés à pratiquer cette espèce d'urétrotomie; mais ils ne me paraissent pas avoir tiré tout le parti possible de l'existence préalable d'une fistule périnéale s'ouvrant dans l'urètre derrière la coarctation. Le trajet fistuleux peut, en effet, être agrandi sans le moindre inconvénient, et par ce moyen les plus grandes difficultés se trouvent écartées. Je passe à l'examen des cas qui n'offrent pas cette ressource, et dans lesquels, l'oblitération de l'urètre s'opposant à l'emploi des sondes et des bougies, on a tout à craindre de la suspension du cours de l'urine.

Si l'on avait égard aux cas nombreux de rétention complète d'urine dans lesquels le cathetérisme a été impraticable, il paraîtrait qu'on devrait souvent recourir aux procédés que je me propose d'étudier; mais ce n'est pas à leur emploi qu'on a eu recours ordinairement : la ponction vésicale a presque toujours été préférée; j'ajouterai même que les hommes dont on peut invoquer le témoignage en sa faveur occupent le plus haut rang dans la science. Cependant, il n'en demeure pas moins établi qu'on peut, dans certaines circonstances, recourir utilement à l'urétrotomie de dehors en dedans, sans guide, et qu'on pratique de deux manières principales.

C'est à la partie membraneuse de l'urètre qu'ont été exécutées la plupart de ces opérations. Aux faits dont la science est déjà en possession, j'ajouterai le suivant, qui me paraît des plus propres à intéresser le praticien.

Un officier, venant d'Alger, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés progressives d'uriner. Après divers traitements successifs, mais sans résultat, il réclama mes soins. L'urine coulait par gouttes, et non sans de grands efforts. L'urètre, à partir de deux pouces du méat urinaire, formait une sorte de cordon ligamenteux, fort dur. Le conduit était si étroit qu'on ne pouvait y faire pénétrer, de quelques lignes

seulement, que le stylet le plus délié, et qui était tellement serré, après quelques minutes de séjour, qu'on avait de la peine à le retirer. La dilatation ordinaire se trouvant impossible, je me décidai à pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière et par un procédé qui sera ultérieurement décrit.

En combinant ensemble l'action de l'instrument tranchant et des dilatateurs, je parvins à rétablir le canal jusque sous l'arcade pubienne. Ce ne fut toutefois pas sans difficultés. D'un côté, le stylet conducteur s'engageait à peine dans le point rétréci, et chaque fois la lame ne détruisait qu'une faible partie des tissus indurés. Il ne fallut pas moins de trente opérations pour diviser ainsi d'avant en arrière toute l'épaisseur de la coarctation. D'un autre côté, il est constaté par l'expérience que les rétrécissements situés à la partie pénienne de l'urètre, qu'on les dilate ou qu'on les incise, ont une tendance très-prononcée à se reproduire aussi longtemps qu'il existe un autre rétrécissement sous l'arcade pubienne. C'était donc un soin de tous les instants que de conserver l'élargissement qu'on avait obtenu; mais le malade, que j'avais prévenu de cette particularité, ne perdit pas courage, et se soumit à tout ce qui lui fut prescrit avec une admirable résignation; il le fallait bien, car nous étions encore loin du but. Sous l'arcade pubienne, la lumière du rétrécissement était si petite qu'on ne put y introduire ni une bougie, ni le stylet le plus délié. Je me vis réduit ou à traverser sans guide la coarctation à l'aide d'une sonde pointue poussée d'avant en arrière dans la direction du canal, ou à l'attaquer de dehors en dedans par l'instrument tranchant. Ce dernier procédé me parut préférable.

Je n'avais rien à faire pour décider le malade à s'y soumettre, car tous les jours j'avais à lutter contre ses instances. Il voulait qu'on entreprît quelque chose, tout ce qu'on voudrait, ajoutait-il, afin de mettre un terme à la déplorable position dans laquelle il se trouvait. D'un autre côté, la partie mobile de l'urètre était déjà assez libre pour que la nouvelle manœuvre pût être exécutée avec facilité.

Le malade fut placé dans la position de ceux qu'on taille au périnée. Je fis entre le bulbe et l'anus, et sur la ligne raphéale, une incision qui divisa la peau et les tissus sous-jacents, jusqu'à la partie membraneuse de l'urètre, qu'à force de recherches je parvins à mettre à nu et à diviser dans le sens de sa longueur. Ce temps de l'opération présenta de grandes difficultés, qui prolongèrent la manœuvre. Le malade était fatigué; j'ajournai la fin de l'opération après avoir passé dans l'ouverture pratiquée à l'urètre, et jusqu'à la vessie, une sonde qu'on fixa avec soin.

Après quelques jours de repos, l'opération fut reprise : il s'agissait

de diviser la coarctation elle-même, c'est-à-dire la partie rétrécie du canal, située entre l'ouverture déjà faite en arrière et le point où s'arrêtait la sonde introduite par l'urètre, espace qui fut évalué à neuf lignes. Le malade fut placé derechef dans la même position, une sonde fut introduite dans le canal et confiée à un aide chargé de la maintenir solidement contre la coarctation, et d'en faire saillir l'extrémité sous les téguments. La sonde de la plaie fut remplacée par un gros stylet cannelé, qui servit de guide au bistouri pour commencer l'incision du point rétréci, à laquelle je procédai d'arrière en avant, en évitant d'intéresser le prolongement bulbaire. Les tissus recouvrant la coarctation furent divisés par couches de dehors en dedans, jusqu'à l'urètre, que je parvins à découvrir d'une manière assez distincte pour l'ouvrir longitudinalement sur la crête même. Bien que le sujet fût maigre et des plus dociles, ce temps de l'opération fut long et très-difficile. Il se présenta ensuite d'autres obstacles, que ne m'avait point suggérés la théorie, et dont il n'est pas fait mention dans les faits pratiques portés à la connaissance du public. Ce sont les difficultés de faire passer la sonde du bout antérieur dans le bout postérieur de l'urètre, après la division des tissus. Qu'elle sortît par la plaie ou qu'elle butât contre l'angle postérieur de cette dernière, j'eus une peine infinie à l'introduire dans la vessie, malgré la sonde cannelée qui servait de conducteur. Je ne parvins ensuite à écarter sûrement les obstacles et à soustraire le malade à des tâtonnements toujours douloureux, qu'à l'aide d'un conducteur spécial, à large gouttière, que je fis construire pour ce cas particulier. C'est un gorgeret cylindrique, plus long, plus étroit et à parois plus minces que celui dont on se sert dans la cystotomie périnéale. Je le plaçai dans la plaie jusqu'à la vessie, la sonde introduite dans le canal se logea dans la gouttière et chemina ainsi jusque dans le réservoir de l'urine. Le nouveau gorgeret ne m'a pas été moins utile quand il s'est agi de changer les sondes. Je n'y ai renoncé que lorsque l'orifice fistuleux, en se rétrécissant, ne m'a plus permis de le passer. Cette difficulté d'introduire les sondes, alors même que le canal était assez dilaté pour en admettre de volumineuses, m'a paru tenir, 1° à l'épaississement et à l'induration de la face supérieure de l'urètre, non atteinte par l'instrument tranchant, et formant une sorte d'éperon en relief; 2° à la faiblesse et à l'amincissement des parois urétrales à la face inférieure correspondante. Pendant longtemps, je dus procéder moi-même à l'introduction de plus grosses sondes, quoique la plaie fût entièrement cicatrisée et que l'urine sortît librement par la voie normale. Ce ne fut qu'à la longue que le malade parvint à les passer lui-même, ce qu'on lui recommanda de faire de temps en temps, afin de consolider

la guérison et de prévenir la récidive. Plusieurs lettres que j'ai reçues depuis le départ du malade, en 1846, m'ont fait connaître que le résultat définitif était aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer.

Le fait dont je viens d'exposer les principaux détails a une grande portée ; il suffirait à lui seul pour établir l'utilité de l'urétrotomie de dehors en dedans. Mais il faut tenir compte de toutes les phases d'un traitement qui n'a pas duré moins d'une année, et dont le résultat paraissait encore si incertain au neuvième mois, que, dans une réunion de chirurgiens les plus éclairés et les plus compétents, il fut décidé qu'on se bornerait à un traitement palliatif. Le malade, plus confiant dans les ressources de l'art, ne voulut point s'en tenir là, et il eut raison.

J'avais affaire à un malade courageux, patient, résigné, ne reculant devant aucune manœuvre, quelque agaçante et douloureuse qu'elle fût ; ces conditions étaient nécessaires en face des difficultés inouïes que réunissait ce cas grave, compliqué. A l'exemple de S.-B. Brodie et autres, je ne me suis décidé à entreprendre l'opération qu'à la dernière extrémité, et après avoir acquis la certitude que tout autre moyen était inapplicable. Je n'ai ni cédé à l'entraînement trop facile de quelques modernes, ni reculé devant le tableau tant soit peu rembruni qu'ont esquissé les anciens.

Les chirurgiens, tant nationaux qu'étrangers, diffèrent essentiellement d'opinion eu égard à l'urétrotomie de dehors en dedans. Les uns, fidèles aux doctrines de Desault, de Deschamps, de Chopart, etc., s'élèvent contre cette opération, soit qu'on ne divise de l'urètre que le point rétréci, soit qu'on fasse, en arrière de la coarctation, une incision qui se rapproche plus ou moins de la prostate.

D'autres, s'appuyant de l'autorité de J.-L. Petit, et sur quelques faits recueillis de nos jours, cherchent à faire ressortir l'utilité de cette méthode ; ils n'hésitent même pas à proclamer qu'elle constitue un moyen précieux à l'égard duquel nous aurions à déplorer et l'aveuglement de ceux qui le condamnent, et la conduite de ceux qui, sans exprimer leur sentiment à son égard, ont fait et font toujours les plus grands efforts pour ne pas être réduits à la nécessité d'y recourir.

Il y a exagération des deux côtés ; ce n'est pas dans ces opinions extrêmes qu'il faut chercher la vérité. J'ai cité quelques faits pratiques ; MM. Blasius, Bonnet, Didot, Michaux, Pétrequin, Uytteroeven, etc., en ont publié d'autres plus récents.

Au dire du traducteur de l'ouvrage de M. Brodie sur les maladies des organes urinaires, auquel il a ajouté des notes intéressantes, MM. Serre et Lallemand auraient pratiqué plusieurs fois l'urétrotomie avec succès, et sans que les malades aient éprouvé d'accidents graves.

La différence principale dans le procédé consiste en ce qu'au lieu du bistouri, dont on se sert généralement, M. Serre a préféré des ciseaux qui, suivant lui, permettent de diviser plus sûrement les tissus sur la ligne médiane, et d'éviter, soit la blessure des corps caverneux, soit la section de l'urètre en travers. A la vérité, on n'attache pas beaucoup d'importance à ce dernier accident, et le traducteur ajoute même qu'il a vu un chirurgien, ne pouvant plus trouver le canal sur le point oblitéré, couper exprès transversalement, sans que la guérison en fût entravée.

Ce qui frappe surtout dans l'exposé des faits nouveaux, c'est le silence de la plupart des auteurs sur les particularités de la manœuvre déjà signalées, et qu'on retrouve dans le cas que je viens de relater. A en croire les modernes, même ceux qui ne se renferment pas exclusivement dans le cercle des combinaisons de la théorie, on procéderait presque avec facilité et certitude à cette opération, dans laquelle Desault ne voyait qu'incertitude et danger, que Deschamps regardait comme impraticable, et dont le grand Sabatier déclarait n'avoir pu concevoir la possibilité. Ils nous disent que l'anatomie est le meilleur conducteur, et qu'ici ce guide n'est pas moins certain que quand il s'agit de procéder à la recherche d'une artère ; que, sous l'influence des efforts que fait le malade pour uriner, l'urètre devient plus apparent ; ajoutant même que si l'état pathologique opère des changements dans la partie de l'urètre sur laquelle on doit agir, ces changements sont favorables à l'opérateur. Cette théorie est en opposition avec les données fournies par l'expérience, et il importe d'autant plus d'en faire la remarque, qu'en masquant ainsi les difficultés, on engage les jeunes praticiens dans une fausse voie.

On ne supposera pas, je pense, que Desault, Chopart, Deschamps, Sabatier, Brodie, etc., qui ont rencontré tant de difficultés, ne savaient pas l'anatomie, ou qu'ils manquaient de ce tact chirurgical derrière lequel on se retranche.

Le rapprochement qu'on a cherché à établir entre une artère et l'urètre réduit à l'état de cordon ligamenteux, n'est pas acceptable. On ne peut pas non plus admettre que, le malade faisant effort pour uriner, il devient facile de glisser un stylet dans le bout postérieur du canal. Ce n'est point un besoin d'uriner qu'éprouve celui dont on vient d'inciser profondément le périnée ; et si l'on a vu l'urine sourdre du fond de la plaie dans quelques cas, ce ne sont là que des exceptions rares, sur lesquelles il ne faut pas compter. Est-on mieux fondé à dire que les changements opérés par l'état pathologique ne sont pas défavorables à l'opérateur ? Eu égard à l'urètre, c'est au-devant de la portion mem-

braneuse qu'on rencontre le plus souvent les coarctations qui peuvent réclamer l'emploi de l'urétrotomie. Comme cette portion est fort extensible, on a supposé que, dans le cas de rétrécissement, l'urine la dilatait; puis l'on s'est fondé là-dessus pour dire qu'après la division des tissus extérieurs sur la ligne raphéale, entre l'anus et le prolongement bulbaire, l'espèce de fluctuation qui se fait sentir au fond de la plaie rend assez facile de découvrir le canal. Evidemment on a fait abus là de l'interprétation ; car, non-seulement la prétendue dilatation du canal derrière l'obstacle n'existe pas toujours, mais encore, quand elle se rencontre, elle contribue peu à faire apercevoir aisément l'urètre au fond de la plaie. On parle d'un cas dans lequel M. Ekstrom aurait admirablement réussi ; mais un seul fait ne saurait servir de base à un précepte chirurgical, et ce fait d'ailleurs est en opposition avec d'autres en grand nombre.

Eu égard aux tissus qui recouvrent l'urètre, tous ceux qui ont pratiqué la boutonnière dans les cas de contusion du périnée, reconnaissent que souvent on ne parvient à découvrir le canal qu'à force de tâtonnements, de tiraillements, susceptibles d'entraîner de grands désordres. Qui oserait contester que le gonflement et l'induration de ces mêmes parties, par suite de l'infiltration urineuse, n'apportent pas aussi des difficultés de tout genre? En face de ces masses dures, informes, qu'il n'est pas rare de rencontrer, le chirurgien se trouve privé de toutes les inductions que pourraient lui fournir ses connaissances anatomiques aidées du témoignage de ses sens. Faut-il s'étonner, après cela, qu'on fasse des incisions au hasard ; qu'on divise des parties qu'on avait intérêt à ménager ; qu'on manque l'urètre, qu'on fasse l'incision à côté, et qu'on soit réduit à laisser l'opération inachevée, ainsi que le disent Desault, Brodie, et comme je l'ai vu ; ou, enfin, qu'on se décide ou à couper l'urètre en travers, ou à plonger un trocart dans la direction de la vessie, comme on l'a fait, même tout récemment, en Amérique ?

Réussirait-on mieux si, au lieu de pratiquer l'urétrotomie à l'endroit dont on a fait en quelque sorte un lieu d'élection, on se décidait à adopter le procédé vanté en France et en Angleterre, qui consiste à faire l'incision immédiatement au-devant de la prostate, ou à opérer par le rectum, entre la pointe de la prostate et l'anus, dilaté avec un spéculum bivalve, en forme de cosse de pois ? A entendre les partisans de ces procédés, la plupart des difficultés seraient écartées par eux, et la manière d'agir qu'ils proposent réunirait en sa faveur le plus possible de chances de succès.

Faisons remarquer d'abord que ces procédés ne sont pas absolument

nouveaux, que l'un est indiqué dans Deschamps, et que dans la plupart des cas dont je viens de parler, et quelques autres analogues, on ne s'est pas tenu strictement à diviser les tissus qui recouvrent la coarctation et celle-ci elle-même ; le plus souvent, au contraire, l'incision a été ou commencée ou prolongée en arrière, de telle façon qu'il y avait pour ainsi dire combinaison des procédés précédemment indiqués. D'ailleurs, que l'incision extérieure soit un peu plus ou peu moins en arrière, il ne saurait résulter de là, eu égard à la manœuvre, les différence qu'on indique, et l'opération ne devient réellement ni moins difficile ni moins incertaine. Ainsi, de quelque manière qu'on procède, il faut s'attendre à rencontrer de grandes difficultés. Assurément ce n'est point là une raison de renoncer à un procédé utile, car on est en droit d'espérer qu'on parviendra à les atténuer. D'un autre côté, il faut tenir compte des obstacles qu'il n'est pas rare de rencontrer dans l'application des autres ressources dont l'art dispose dans ces circonstances difficiles. Quoi qu'il en soit, les difficultés et l'incertitude de la manœuvre exercent, quant à présent, une grande influence dans l'appréciation du procédé qui nous occupe. Ce n'est pas tout : il y a des accidents et des dangers dont on ne paraît pas s'occuper, et qui n'en méritent pas moins de fixer l'attention, alors même qu'ils ne seraient point inhérents à la méthode, et qu'ils proviendraient pour la plupart de ce qu'elle n'a pas été régulièrement appliquée. En effet, l'art n'est pas encore en possession de données propres à garantir des écueils et à établir une pratique plus sûre; il faut donc considérer ces inconvénients et ces dangers comme réels et pouvant se présenter sous la main la plus habile.

Il y a une question grave, dont la solution peut même devenir un motif déterminant dans le choix de la méthode : quel sera le résultat définitif de l'opération, alors même qu'elle réunirait toutes les conditions désirables sous le rapport de l'exécution? Parvînt-on à rétablir le canal ou à en former un nouveau, le malade ne retombera-t-il pas bientôt dans la même situation? C'est l'opinion de quelques chirurgiens, d'autres expriment un sentiment différent : les uns et les autres citent des faits, mais ils ne suffisent pas pour résoudre le problème; il n'y a, en effet, qu'un petit nombre de cas dans lesquels on ait tenu exactement compte du résultat définitif du traitement. C'est là une regrettable lacune que les modernes doivent s'attacher à faire disparaître. Mais ce qui est déjà constaté, c'est que la plupart des opérés obtiennent un soulagement immédiat, et qu'ils recouvrent la faculté d'uriner que plusieurs ont même conservée longtemps, au moyen de précautions assujettissantes sans doute, mais qui ne sont pas moins nécessaires à la suite des autres méthodes de traitement.

Ainsi, dans l'état actuel de la science, en tenant compte des circonstances qui viennent d'être indiquées, l'urétrotomie de dehors en dedans est une opération rationnelle. Le praticien doit l'étudier, parce qu'elle peut devenir une ressource précieuse contre divers rétrécissements infranchissables de la courbure de l'urètre, et surtout dans certains cas de fausse route dont je me suis longuement occupé dans mon *Traité pratique*, mais dont on n'apprécie pas assez généralement la gravité. Ce sont, en effet, les plus embarrassants que puisse rencontrer un chirurgien appelé à combattre une rétention complète d'urine, après que d'autres ou lui-même ont perforé le canal en avant de la coarctation. Dans ces cas, il est presque toujours impossible de distinguer si la sonde qu'on essaye d'introduire s'engage dans le véritable canal, ou dans la voie anormale. Il ne faut pas se le dissimuler, les difficultés dépassent alors tout ce qu'on peut imaginer. On ne procède qu'au hasard; presque toujours on se fourvoie, et l'on ne fait qu'aggraver la position du malade. Il ne reste d'autre ressource que la ponction vésicale par le rectum ou l'hypogastre, à moins qu'à l'exemple de quelques chirurgiens hardis, on ne pousse avec force, à travers le périnée et dans la direction de la vessie, une sonde-trocart, ou tout autre instrument analogue.

Dans un prochain article j'examinerai l'urétrotomie de dedans en dehors. CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA RECHERCHE DES MÉDICAMENTS, ET EN PARTICULIER DE L'IODE, DANS LES LIQUIDES DE L'ÉCONOMIE.

Les malades, par des motifs divers, ne prennent pas toujours les médicaments qui leur sont prescrits, et même quelquefois en prennent d'autres. Tous les jours, dans les hôpitaux, on a la preuve de cette infraction aux prescriptions du médecin. Aussi, fâcheusement, les observations cliniques qu'on y recueille sont-elles souvent faussées par ce fait même. D'un autre côté, le médecin peut avoir intérêt de s'assurer si un médicament passe dans une sécrétion ou excrétion plutôt que dans une autre, le temps qu'il met à y arriver, et celui qu'il met à en disparaître. Il découle de ces faits que des moyens propres à faire reconnaître les médicaments dans les fluides des individus soumis à un traitement médicamenteux auraient une véritable importance thérapeutique; ils dévoileraient les fraudes commises par les malades dont nous venons de parler, et pourraient faire reconnaître aux prati-

ciens, par la nature des fluides sur lesquels ils se portent et font en quelque sorte élection, la direction et les particularités de leur action médicatrice. Des moyens de ce genre existent ou peuvent être facilement appliqués pour quelques médicaments; il serait donc à désirer qu'on les étendît autant que possible; nous disons autant que possible, car il est évident qu'ils ne peuvent être généralisés, qu'ils ne peuvent même être établis que pour les médicaments chimiques, assez nombreux, il est vrai, qui conservent toutes ou partie de leurs réactions, ou ceux qui en acquerraient de certaines par leur passage dans les fluides humoraux.

Pour l'iode, agent thérapeutique si important aujourd'hui, depuis longtemps déjà un savant praticien, le docteur Rayer, reconnaît, dans son service à la Charité, si les malades soumis au traitement ioduré prennent les médicaments qui leur sont prescrits, par le procédé fort simple et fort expéditif qui suit :

On se procure un papier amidonné (aujourd'hui la plupart des papiers à écrire sont amidonnés, et peuvent, par conséquent, servir à cet usage; dans le cas contraire, il suffit d'étendre un peu d'empois ou d'amidon à la surface); on se procure, disons-nous, une bandelette de papier amidonné, on l'imbibe de la salive ou de l'urine du malade, on touche la bandelette ainsi préparée avec de l'acide nitrique, et aussitôt, dans le cas de présence de l'iode, une coloration bleue, plus ou moins intense, se developpe.

Pour l'essai des urines, si la proportion d'iode était très-faible, le procédé, employé directement, ne réussirait pas. Dans ce cas, il faut faire évaporer l'urine au quinzième ou vingtième de son volume, et même plus, si cela est nécessaire, et essayer alors comme nous venons de le dire.

Ainsi, c'est donc, comme nous l'avons dit, un procédé fort simple et fort expéditif; mais il est, en outre, fort sensible; car M. Rayer a pu constater la présence de l'iode dans l'urine d'un malade sur lequel on avait simplement pratiqué une injection iodée dans le genou, et l'on sait combien peu il est absorbé d'iode dans ce cas. D.

VINAIGRE DE VERJUS.

Le vinaigre est un condiment essentiel à l'homme des champs; chaque jour il lui sert à relever le goût de ses mets, et en été à aciduler l'eau qu'il boit.

Lorsque la récolte du vin manque, le vinaigre, dans les contrées du Nord, acquiert un prix élevé, et encore le falsifie-t-on souvent avec des acides minéraux.

Nous nous sommes assuré, par de nombreuses expériences, que l'on peut obvier à cet inconvénient en utilisant les raisins qui ne parviennent pas à une entière maturité et qu'on rejette comme inutiles, pour en faire un vinaigre qui remplit toutes les conditions d'hygiène et d'économie voulues ; aussi nous espérons que les médecins, par leur influence scientifique, voudront bien seconder nos désirs en propageant et conseillant l'usage de ce vinaigre.

Le vinaigre préparé avec des verjus est clair et limpide lorsqu'il est filtré ; sa couleur est jaunâtre, son odeur est acide ; sa saveur agréable le devient davantage si on y ajoute des feuilles d'estragon ; il se conserve, mis dans des conditions convenables, aussi longtemps que le vinaigre de vin.

Il se prépare de la manière suivante :

On écrase sous la meule, le pressoir ou le pilon, les verjus, qu'on a autant que possible privés de leurs rafles ; on les met dans un tonneau ; après quelques jours de repos, ils éprouvent une légère fermentation ; lorsqu'elle est terminée, on soutire le liquide, et l'on rejette le marc après l'avoir soumis à la presse ; on remet le liquide dans le tonneau, et, par deux cents litres, on y ajoute vingt-cinq litres d'acide pyroligneux, vulgairement appelé vinaigre de Mollerat, vinaigre de bois ; on brasse le tout. L'acide pyroligneux commence l'acidification du suc de verjus, on la complète en le laissant exposé au contact d'un air chaud, qu'on s'efforce même d'y introduire par une agitation souvent renouvelée ; un mois après on laisse déposer, on décante, on filtre, si besoin est, et on le conserve pour l'usage.

Stanislas Martin, pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de médecine pratique, fruit d'une expérience de cinquante ans, par C.-G. Hufeland, *premier médecin du roi de Prusse,* traduit de l'allemand par le docteur A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de médecine ; deuxième édition, corrigée et augmentée, chez G. Baillière.

La préface qu'Hufeland a placée en tête de son ouvrage en marque noblement le caractère : c'est à la fin de sa vie, alors qu'il était complétement désintéressé du monde, qu'il en a conçu le plan et qu'il l'a exécuté. Œuvre pure d'imagination, un livre ainsi conçu eût résumé toutes les pensées, toutes les émotions de la vie de l'auteur ;

œuvre scientifique, œuvre pratique surtout, le livre du savant médecin de Berlin contient les dernières conclusions auxquelles est arrivé un homme aussi consciencieux qu'éclairé, sur la science la plus ardue et la plus difficile. Bien qu'Hufeland, fidèle à sa vocation pour l'enseignement, ait principalement rédigé le Manuel de médecine pratique en vue du médecin qui débute dans la carrière, il nous paraît, cependant, que c'est surtout aux hommes qui ont déjà vieilli dans la pratique qu'il peut être le plus utile ; car eux seuls sont aptes à juger, à apprécier la valeur des préceptes généraux, dont la pratique qu'il tend à établir est la conclusion logique. Hufeland appartient à l'école du naturisme, pour nous servir d'une expression de Bordeu : c'est la doctrine vers laquelle convergent toutes les intelligences d'élite, à mesure que la raison acquiert plus de maturité par l'usage bien ordonné de ses facultés. Pour quelques-uns, l'adhésion de l'esprit à une pareille doctrine, c'est le scepticisme sous le voile de la science ; mais c'est là une complète erreur : la négation de la fausse science n'est point la négation de la science; c'est, bien au contraire, le prolégomène nécessaire de la science vraie. Ainsi en est-il d'Hufeland : pour lui, c'est la nature qui opère les guérisons, l'art ne fait que lui venir en aide, il ne guérit que par elle. Poser un tel principe, en faire la base de la conduite thérapeutique dans le traitement des maladies, est-ce donc nier la science ? Non incontestablement ; mais c'est la comprendre autrement que ces esprits prime-sautiers qui conçoivent celle-ci *à priori*, en ne voyant dans l'observation qu'un moyen de vérifier leur propre conception. Cette méthode, contenue dans certaines limites, peut être utile, mais conduit infailliblement à l'erreur quand on l'applique d'une manière générale, exclusive. Le bon sens d'Hufeland l'a mis à l'abri de ce péril, et son livre, expression de la pratique, porte l'empreinte d'une méthode plus saine, dans laquelle l'observation et le raisonnement se surveillent et se contrôlent mutuellement.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que de la philosophie générale, qui lie entre elles les diverses parties du Manuel du médecin pratique ; mais si nous donnons un assentiment complet à cette philosophie et aux conclusions fondamentales auxquelles elle a conduit l'auteur, nous ne saurions louer celui-ci d'une manière aussi absolue lorsqu'il arrive aux détails de la pathologie et de la thérapeutique. C'est ainsi, par exemple, que pour ce qui a trait à cette dernière, Hufeland ne s'est point suffisamment dégagé des traditions du passé, et marche trop servilement dans l'ornière de la polypharmacie : précisément parce qu'il était convaincu qu'il y a dans l'organisme une force immanente, en vertu de laquelle l'harmonie des fonctions tend d'elle-même à se rétablir, il devait don-

ter que cette force fût servie, dans son déploiement spontané, par une foule de combinaisons chimiques qui ne peuvent agir dans un sens identique. Il y a une contradiction évidente entre cette donnée simple, vraie, tous les jours vérifiée par l'observation, et ces formules indigestes dont sa thérapeutique est çà et là surchargée. Un homme tel qu'Hufeland, qui avait tant et si bien vu, devait éviter cette erreur ; sa philosophie générale devait la lui faire prévoir, son expérience la lui faire toucher.

Quant à la pathologie proprement dite, nous ne voyons ce qu'on pourrait lui reprocher qu'on ne pût reprocher avec autant de justice à tout autre système pathologique, parce que sur ce point la science est loin d'être faite : d'ailleurs, son bon sens l'a préservé d'une foule d'erreurs contemporaines, et surtout françaises, dont nous ne commençons qu'à nous dégager : *Non missura cutem nisi plena cruoris hirudo* (1). Un reproche que nous avons adressé ailleurs à ce praticien, et que nous reproduirons ici, c'est de n'avoir point rendu justice à l'immortel auteur de l'auscultation. Pour le médecin de Berlin, l'auscultation et la percussion sont des méthodes fallacieuses et qui n'ont rendu aucun service à la science. Comme on pourrait douter, en France surtout, qu'un médecin aussi distingué ait porté un pareil jugement, qu'on nous permette de citer un court passage que nous extrayons de son ouvrage même. « On a beaucoup recommandé, dans ces derniers temps, dit-il, pour éclairer le diagnostic des maladies de poitrine, les signes fournis par l'auscultation, au moyen du stéthoscope ou de la percussion ; mais ces signes sont trompeurs, et ils ne sauraient jamais faire découvrir l'existence d'une inflammation sans le secours d'autres signes, qui seuls suffisent pour assurer le diagnostic. Tout au plus (ce tout au plus est divin, ne trouvez-vous pas?) Tout au plus peuvent-ils servir à faire reconnaître le point qu'occupe l'inflammation , ce qui d'ailleurs ne fournit aucune indication et n'exerce pas d'influence sur le traitement, ou à déterminer avec plus de précision, dans les inflammations qui ne se sont pas terminées par résolution, l'endroit où siégeront les maladies consécutives, l'induration ou la suppuration (2). » Après cela vous ne vous étonnerez plus si ailleurs l'auteur regarde la phthisie comme une maladie parfaitement curable, et s'il s'élève avec la plus grande énergie contre les médecins fa-

(1) Chateaubriand, dans ses *Mémoires d'outre-tombe*, rappelle que son condiciple au collége de Saint-Malo, Broussais, allant un jour se baigner, eut les jambes piquées par de nombreuses sangsues. Il faut convenir qu'au moins l'auteur de la théorie de l'irritation ne leur garda pas rancune.

(2) Page 150.

talistes qui, en présence d'une pareille affection, n'osent guère nourrir d'espérance. Sur bien d'autres points, nous aurions le droit de nous montrer également sévère : en général, Hufeland semble un peu bouder ses contemporains, surtout lorsqu'ils sont étrangers ; c'est ainsi que les remarquables découvertes de l'anatomie pathologique ne sont point appréciées par lui comme elles devraient l'être, et que son diagnostic manque quelquefois de précision, par cela même qu'il ne s'éclaire pas des lumières que les recherches nécroscopiques ont jetées sur cette partie de la science. Malgré ces taches que nous regrettons de trouver dans l'ouvrage d'un des plus grands médecins de l'Allemagne, le Manuel de médecine pratique n'en reste pas moins à nos yeux comme un beau résumé de la science, et que nous voudrions voir dans les mains de tous les médecins. Nous dirons même, pour atténuer ce que notre critique pourrait offrir de trop rigoureux, que les fautes mêmes que nous venons de signaler tournent, dans une certaine mesure, au profit de la science ; car, d'une part, en méconnaissant la valeur de l'auscultation, l'auteur a dû s'appesantir davantage sur les symptômes que n'atteint pas cette méthode ; et, d'un autre côté, en consultant peu l'anatomie pathologique, il a une thérapeutique plus variée, plus hardie, plus heureuse.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur un livre dont la réputation est faite depuis longtemps déjà. Nous rappellerons seulement qu'il s'agit d'une seconde édition, fortune rare pour un livre, par le temps qui court. Cette édition se distingue de la première par quelques annotations qui peuvent être utiles aux hommes désireux de s'instruire, et surtout par un fort bon Mémoire sur les fièvres nerveuses observées par Hufeland en 1806. Il s'agit, sous cette dénomination peu usitée parmi nous, du typhus que développèrent parmi les populations d'au delà du Rhin les guerres de l'Empire. C'est un modèle de description que tous les épidémiographes devraient consulter. Nous remarquons surtout, dans ce Mémoire, les sages réflexions que fait l'auteur sur les moyens de se mettre à l'abri du fléau. Ces réflexions sont judicieuses, et marquées au coin d'un esprit aussi sévère que sagace. Nous les recommandons à tous ceux qui se préoccupent de la marche du choléra en Europe.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation d'anasarque consécutive à la diarrhée chronique, traitée avec succès par les diurétiques. — Nous avons inséré, dans un de nos derniers numéros, un article de M. le professeur Forget, sur

l'anasarque consécutive à la fièvre intermittente. L'espèce d'anasarque dont l'observation suivante offre un bel exemple de guérison est une de celles sur lesquelles l'attention des médecins a été le moins fixée. L'apparition tardive de cette variété d'hydropisie dans le cours des diarrhées ou des dyssenteries chroniques, sa marche rapide, sa rareté, relativement aux hydropisies idiopathiques, à celles qui coïncident avec les maladies du cœur, du foie ou des reins, ou avec les affections cancéreuses, rendent compte de cette sorte d'abandon. Ces anasarques reconnaissent pour cause des lésions chroniques du tube digestif, et dans quelques circonstances plus rares, des altérations de l'intestin grêle. Leur apparition est précédée *constamment* d'une diarrhée abondante, existant depuis longtemps et ayant épuisé les malades. Ce sont des hydropisies presque toujours mortelles; elles rendent plus fâcheux encore le pronostic des diarrhées chroniques, pronostic déjà si grave, que Broussais regardait ces maladies comme nécessairement fatales lorsqu'elles avaient plus de trois mois de date. Au reste, l'appréciation de l'état des organes digestifs est d'une grande importance au point de vue du pronostic. S'il y a lieu de croire, d'après la durée, l'intensité de la phlegmasie intestinale et d'après la nature des selles, que la membrane muqueuse est ulcérée, les chances de guérison sont presque nulles. Dans des conditions différentes, s'il s'agit d'un individu jeune, d'une constitution assez bonne; si la maladie est récente, si elle paraît avoir été produite et entretenue plutôt par des conditions hygiéniques mauvaises que l'on peut modifier, que par la gravité de la lésion, il y a lieu d'espérer que la terminaison sera favorable. On en trouvera un exemple plus bas. C'est par les membres inférieurs que commence l'infiltration séreuse; mais elle ne tarde pas à envahir tout le tissu cellulaire sous-cutané, de sorte que le mode de développement de ces hydropisies offre avec celles qui se lient à l'état albumineux des urines une grande analogie; mais l'absence d'albumine dans les urines ne peut laisser aucun doute à cet égard. Quant au traitement, l'état du tube intestinal exclut complétement l'emploi des hydragogues; mais les purgatifs légers peuvent rendre quelquefois des services, pourvu qu'on en restreigne considérablement l'emploi. Les diurétiques sont, au contraire, parfaitement indiqués, et on y joint avec avantage le quinquina et les autres toniques pharmaceutiques, les préparations de fer, bien entendu s'ils sont tolérés par les organes digestifs. Les préparations opiacées, le diascordium et le laudanum surtout, à cause de leurs propriétéstoniques et astringentes, rendent des services, soit comme moyen de guérison, soit comme palliatif. Mais il faut surtout insister sur le régime alimentaire, qui doit être surveillé d'une

manière particulière, parce que les malades réclament sans cesse des aliments, et réveillent ainsi l'irritation du tube digestif prête à s'éteindre.

Voici maintenant en peu de mots l'observation que nous avons promise à nos lecteurs :

Une femme de la campagne, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée par les privations, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 juin, dans le service de M. Braschet. Elle était accouchée, il y a seize mois, pour la seconde fois, et avait allaité ses enfants jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Depuis trois mois, elle était affectée d'une diarrhée intense qui avait été précédée de douleurs de ventre et de ténesme. Depuis six semaines les extrémités inférieures étaient œdématiées. Le ventre était volumineux, distendu par des gaz et par un épanchement liquide. L'appétit était peu prononcé ; mais la première digestion s'accomplissant sans malaise, la malade avait continué à manger pendant tout le temps qu'elle était restée chez elle. L'examen le plus attentif ne permit de constater d'autre affection qu'une entérite chronique, seule cause appréciable de l'œdème. Le pouls était petit, dépressible ; la langue humide, un peu rouge, sans odeur ; les selles se renouvelaient sept à huit fois dans la journée. L'œdème s'était étendu des jambes au tronc et aux membres supérieurs ; les urines étaient rares, colorées, non albumineuses. M. Braschet prescrivit alternativement les remèdes suivants : tisanes de graine de lin et de pariétaire nitrées ; tisanes de racines de chiendent et de fraisier, édulcorées avec le sirop de pointes d'asperges ou des cinq racines. — Potion avec la teinture de digitale (15 à 25 gouttes) ; frictions sur le ventre et sur les membres inférieurs avec une pommade composée d'axonge, 50 grammes, et de poudre de digitale, 5 grammes. Du 1er au 20 juillet, on administra encore l'acétate de potasse à la dose de 40 centigrammes par jour, l'extrait de laitue vireuse à la dose de 50 centigrammes. Enfin on administra deux purgatifs : 8 pilules de Belloste le 7 juillet, et 50 grammes d'huile de ricin le 19 du même mois. Sous l'influence de ces moyens, aidés du repos et d'un régime alimentaire composé presque exclusivement de crème de riz et de quelques œufs frais, on vit l'œdème des membres inférieurs se dissiper, et l'autre diminuer d'une manière rapide. Cette amélioration coïncida avec la cessation de la diarrhée, tandis que la sécrétion urinaire devint très-abondante. Le 24 juillet, la malade sentant ses forces tout à fait revenues, et se trouvant en état de reprendre ses occupations, quitta l'hôpital après six semaines de séjour.

Nous avons cru d'autant plus utile de mettre cette observation sous les yeux de nos lecteurs, que l'affection dont elle fournit un exemple

est presque constamment mortelle, et que cette observation fait espérer que l'on obtiendra, par l'emploi des diurétiques et d'un régime convenable, des succès que n'ont pas obtenus d'autres traitements.

Empoisonnement résultant de l'ingestion de 40 grammes de teinture de digitale.—Guérison.—Le fait intéressant que nous avons signalé dans notre dernière livraison a engagé M. Bouvier à nous communiquer l'observation suivante d'un empoisonnement par une dose énorme de teinture de digitale, qui a eu lieu, il y a quelques mois, dans ses salles. Voici le fait : Victorine Desarle, domestique, âgée de vingt-huit ans, affectée de maladie du cœur, entre à l'hôpital Beaujon le 25 avril. On lui prescrit des frictions de teinture de digitale sur la région précordiale, et l'interne en pharmacie lui remet lui-même un flacon contenant 40 grammes de teinture de digitale en lui indiquant l'usage qu'elle doit en faire. Malgré cette recommandation, qui n'a pas été entendue ou comprise par la malade, toute la teinture de digitale est bue d'un seul trait par cette fille, à peine s'il en reste quelques grammes dans la fiole. (Il était environ 11 heures.) Une demi-heure après l'ingestion de cette dose, une violente céphalalgie se déclare, accompagnée de vertiges, d'étourdissements, d'une sensation de froid par tout le corps ; puis surviennent des vomissements abondants. M. Beauvais, interne du service, arrive, et fait prendre immédiatement 10 centigrammes de tartre stibié. Les vomissements continuent à être très-fréquents et très-abondants ; les matières vomies sont de couleur verdâtre et présentent l'odeur très-marquée de la teinture de digitale. La face est rouge, la peau froide et couverte d'une sueur abondante ; le pouls n'est pas ralenti, il est, au contraire, accéléré (le nombre des pulsations n'est pas indiqué). A sa visite du soir, 6 heures, M. Beauvais trouve toujours le pouls plus fréquent, la face pâle, la peau froide et sèche ; les vomissements n'ont pas encore cessé, il y a eu deux selles dans la journée. La malade a rendu aussi une quantité d'urine beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. (Ce fait est confirmé par la sœur et la fille de service.) La malade est en proie à une vive anxiété.

26 (20 à 22 heures après l'ingestion du poison). Deux vomissements ont eu lieu dans la nuit. Les douleurs abdominales, qui hier étaient peu intenses, sont aujourd'hui assez fortes. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre assez épais, la face est pâle, les lèvres décolorées, les yeux éteints ; il y a de l'abattement ; la parole est lente et brève comme dans la fièvre typhoïde ; il y a aussi un peu de stupeur ; le pouls est ralenti, mais il bat irrégulièrement (50 pulsations) ; les urines sont toujours abondantes et peu colorées. Le soir, cette femme est

plus abattue ; il y a de la somnolence. L'interne combat ces symptômes cérébraux par un infusé concentré de café.

27. Le facies, toujours pâle, exprime encore la stupeur ; la céphalalgie et les vertiges sont un peu moins intenses. Malgré l'infusé de café, qui a été pris par petites tasses, le sommeil a été lourd et prolongé. Les vomissements ont cessé, les douleurs abdominales n'existent plus ; pas de selles. Les urines sont toujours plus abondantes qu'à l'état normal ; le pouls lent, intermittent, irrégulier (50 pulsations).

28. Le pouls est ce matin un peu moins fréquent, le nombre de pulsations est de 48 ; il est petit, irrégulier. Les symptômes nerveux sont moins prononcés. Les réponses se font toujours d'une manière lente. La respiration semble gênée ; elle est fréquente (26 inspirations). A la visite du soir, le pouls est plus lent (44 puls.). L'état général est meilleur ; la peau est bonne, la stupeur moins prononcée, les symptômes prédominants sont la céphalalgie et l'affaissement.

29. Pouls à 44, petit mais assez régulier, plus d'intermittence. Aujourd'hui les urines sont très-foncées en couleur et dégagent une odeur forte. La malade n'est pas allée à la garderobe depuis trois jours. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, un bouillon.)

30. Pouls à 48 ; faiblesse musculaire toujours très- grande. Les traits sont moins altérés, le facies plus naturel. Il y a encore de temps en temps des étourdissements, surtout lorsque la malade se remue ou s'assied sur son lit. Les symptômes de l'affection du cœur sont un peu améliorés ; les palpitations sont moins fortes et moins fréquentes. (3 bouillons.)

1er mai. Pouls à 65, toujours peu régulier, faible. Les urines toujours abondantes, foncées en couleur. La céphalalgie est encore assez forte, mais il n'y a plus de stupeur. On prescrit une potion cordiale (vin rouge 120 gr., sirop de sucre 20 gr., teinture de cannelle 8 gr.) à prendre par cuillerée à bouche dans la journée. (Bouillon.)

4 mai. Pas de changements bien notables ; le pouls est à 65–68 pulsations ; la respiration un peu gênée et fréquente. Les étourdissements existent toujours, la malade souffre et se plaint de la persistance de ce symptôme. On continue la potion cordiale. (2 bouillons et lait.)

8. Le nombre des pulsations augmente encore, elles sont au nombre de 80 ; le pouls est régulier cependant, mais peu développé et facilement dépressible. Peu de céphalalgie, étourdissements continuels ; langue normale ; l'appétit semble renaître. La malade a eu deux garderobes spontanées. (Bouillon, lait et potage.)

14. Les symptômes d'empoisonnement sont totalement dissipés ; il ne reste plus aujourd'hui que les symptômes de la maladie du cœur, à

l'exception cependant des étourdissements, qui ne sont pas disparus complétement.

La malade se plaint depuis quelques jours d'un sentiment de chaleur et de constriction au col de la vessie, un véritable ténesme vésical. Cet accident était-il consécutif à l'ingestion de l'agent toxique ? Ce point était important à éclaircir. M. Bouvier a interrogé la malade à plusieurs reprises, et est resté convaincu que ce symptôme était antérieur à l'accident, et que c'était par timidité qu'elle n'en avait pas parlé plus tôt.

19. L'état de la malade ne présente plus rien de particulier et se rattachant à l'empoisonnement ; le pouls est à 76-78, régulier, peu développé. Les étourdissements sont les seuls symptômes consécutifs à l'empoisonnement, qui persistent avec opiniâtreté. Ajoutons, cependant, que ces étourdissements ne sont pas continuels, qu'ils sont beaucoup moins forts que les premiers jours de l'accident, et qu'ils finirent par disparaître vers le commencement de juin. Enfin, pour terminer en deux mots l'histoire de cette femme, nous dirons qu'elle est sortie de l'hôpital Beaujon dans un état de santé très-satisfaisant, le 6 juillet 1848.

Les cas d'empoisonnement consignés dans la science sont très-rares, et nous engagent à rapprocher du fait de M. Bouvier un autre exemple consigné dans le Journal de médecine de Bordeaux.

Empoisonnement par une infusion de 15 grammes de feuilles sèches de digitale pourprée.—Guérison. — Une femme de soixante-huit ans, d'un temparément bilieux, atteinte, pour la troisième fois, d'un œdème du poumon, touchait à la convalescence, lorsqu'on lui prescrivit, le 24 juin 1847, pour hâter cette dernière, une infusion de feuilles sèches de digitale, à la dose d'une pincée, ou 60 centigrammes pour un litre d'eau. Le pharmacien fit, par mégarde, des paquets de 15 grammes. Une de ces énormes doses, infusée dans huit verres d'eau, fut administrée, à plusieurs reprises, à la malade, qui éprouvait beaucoup de répugnance à la prendre. Bientôt il survint un malaise insupportable, des nausées, des vomissements bilieux, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des convulsions, des lipothymies, diminution, puis abolition de la vision. Il y avait en même temps de la pâleur à la face, un refroidissement considérable de la peau, de l'insomnie, des pressentiments sinistres ; battements du cœur à peine sensibles ; pouls filiforme, lent et intermittent ; abdomen douloureux. Tel fut l'effet produit par quatre tasses d'une infusion de 15 grammes. Le docteur de Colleville, appelé le 25, à deux heures du matin, trouva l'état des plus alarmants. Il prescrivit un lavement de

mercuriale et de sel marin, des sinapismes aux pieds, des topiques réfrigérants sur la tête, de la limonade pour boisson, une potion calmante éthérée, des frictions sur les membres avec une brosse et des flanelles chaudes imbibées d'eau-de-vie camphrée, une bouteille chaude aux extrémités. Une forte infusion de café fut à l'instant préparée et administrée par petites tasses. Les lavements procurèrent des selles copieuses. A huit heures du matin, les vomissements, les convulsions et les syncopes continuaient encore, ainsi que les autres symptômes; la malade était anéantie. Le résultat le plus remarquable de l'ingestion de la digitale, à une dose aussi élevée, fut la disparition complète de la dyspnée. L'œdème du poumon n'avait pas laissé de traces; il ne restait plus qu'un empoisonnement à combattre. Les mêmes moyens thérapeutiques sont employés toute la journée, sans changement.

Le 26 juin, même état. Aux moyens précédents on ajoute une potion et un lavement. La potion est ainsi composée : infusion de fleurs d'arnica, 90 grammes; eau distillée de fleurs d'oranger, 30 grammes; idem de menthe, 30 grammes; éther sulfurique, 2 grammes; sirop d'écorces d'orange, 30 grammes. A prendre par cuillerées, de deux heures en deux heures. — Le lavement est composé ainsi qu'il suit : assa fœtida, 4 grammes; camphre, 60 centigrammes; jaune d'œuf, n° 1; eau, 360 grammes. A prendre en deux doses égales. La malade ne veut plus de café.

Le 27, les vomissements ont diminué de fréquence et d'intensité; plus de défaillance ni de convulsions. Les vertiges et les bourdonnements d'oreilles continuent. Hallucination de la vue. Même potion et même lavement. Les frictions avec l'alcool camphré sont suspendues, à cause des cuissons qu'elles occasionnent.

Le 28 juin, il y a encore parfois des vomissements. Potion de Rivière avec addition de liqueur auodine d'Hoffmann. Les lavements ayant à peine été conservés dix minutes, on cessa d'y avoir recours.

Le 29 juin, nausées continuelles; vomissements revenant encore de temps à autre; illusions visuelles moins fatigantes. Eau de Seltz; deux vésicatoires aux cuisses.

30 juin. Les accidents ont complétement disparu. Les vésicatoires avaient donné lieu à une évacuation considérable de sérosité. L'eau de Seltz n'avait point été prise, le pharmacien ayant, par mégarde, envoyé de l'eau de Sedlitz gazeuse. On prescrit de la limonade vineuse et quelques tasses de bon bouillon de maigre de bœuf.

Les jours suivants, l'appétit se réveilla peu à peu, et le retour à l'état normal fut plus rapide qu'on ne s'y attendait. Mais, quinze jours après, l'oppression du soir et de la nuit avait de la tendance à revenir.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS *de la fosse iliaque, produit par la déchirure de l'appendice du cæcum et traité avec succès par une opération.* Nous avons inséré dans un de nos derniers numéros deux observations de gastrotomie pratiquée pour des étranglements internes, sans que l'opération ait paru avoir de l'influence sur la marche ultérieure des accidents. Toujours est-il que ces tentatives ont eu pour résultat d'encourager les chirurgiens à ouvrir la cavité du péritoine dans des cas où ils auraient laissé autrefois les malades s'éteindre sans secours. Le fait suivant est à ajouter à ceux que nous avons fait connaître; non pas que la constipation et la péritonite fussent causées par un véritable étranglement, mais parce qu'il offre un exemple des heureux résultats de l'incision abdominale dans un cas où, jusqu'ici, on n'avait compté que des morts par les méthodes ordinaires, nous voulons parler de la rupture de l'appendice cæcal. Comme on le verra d'ailleurs, les difficultés du diagnostic étaient telles, que l'auteur de cette observation croyait pratiquer une opération pour un étranglement interne. Voici, en peu de mots, ce fait intéressant, tel qu'il a été communiqué le 25 du mois dernier à la Société médicale de Londres par M. Hancock, président de cette Société: Le 25 avril dernier, l'auteur fut appelé auprès d'une dame de trente ans, d'une constitution délicate, qui avait eu plusieurs grossesses, toutes fatigantes, et qui avait reçu, à l'âge de douze ans, en jouant avec ses frères, un coup sur la colonne vertébrale, qui l'avait retenue au lit pendant neuf mois, et qui lui avait laissé depuis une constipation très-rebelle. Elle avait fait, quelque temps auparavant (le 8 avril) une fausse couche, et l'enfant (qui était de six ou sept mois) ne survécut que quelques heures. Le lendemain, au moment où elle se tournait dans son lit, elle sentit une douleur vive dans l'aine, comme si quelque chose s'était déchiré en ce point; et, depuis ce moment, elle n'avait cessé de souffrir vers la région inguinale. Toutefois, comme la fièvre était modérée et qu'il y avait peu de sensibilité à la pression, on se borna à quelques narcotiques. Le 10, les douleurs devinrent plus vives; l'on commmença à sentir du côté de la région inguinale une tumeur dure. On appliqua quelques sangsues et des cataplasmes. Cette tumeur avait la forme d'un cordon. Bientôt l'abdomen se tuméfia et devint douloureux dans toute son étendue. Les lavements, qui dans les premiers jours déterminaient quelques évacuations, ne produisaient plus aucun résultat. Lorsque M. Hancock fut appelé (le 15 avril), la douleur était extrêmement vive dans la fosse iliaque droite; l'abdomen était balonné et sensible à la pression, et la malade rapportait que, bien avant la grossesse, elle avait remarqué un peu de gonflement du côté de l'aine droite; mais ce gonflement ne lui causait aucune espèce de douleur. Il était probable que le cæcum, ou son appendice, était le siége de quelque altération, peut-être même de quelque étranglement; mais les symptômes n'étaient pas assez urgents pour qu'on pût songer à une opération quelconque. Deux jours après, l'hésitation n'était plus permise. Les symptômes de péritonite se caractérisaient davantage, et on distinguait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur en forme de cordon, très-douloureuse au toucher, et qu'on ne pouvait confondre avec une hernie, à cause de son voisinage de l'épine iliaque. M. Hancock proposa et fit agréer aux médecins qui voyaient avec lui la malade, une opération consistant en une incision qui, partant de l'épine iliaque, irait aboutir au côté interne de l'ouverture abdominale du canal inguinal, de manière à pouvoir lever l'étranglement s'il existait, ou à donner issue à la collection purulente, si elle était la cause de l'accident. L'opération fut en effet pratiquée, après qu'on eut endormi la malade. Aussitôt qu'on ouvrit l'abdomen, il s'échappa une grande quantité de sérosité trouble d'une odeur fétide, mêlée à des bulles d'air et à des flocons fibrineux et pseudo-membraneux. Les accidents péritonitiques furent combattus par l'opium à haute dose. La malade

alla très-bien jusqu'au 1er mai, époque où elle fut prise de douleurs vives dans la plaie, et où la suppuration prit un mauvais caractère. En examinant attentivement la plaie, on découvrit une petite balle arrondie de matières fécales, entourée d'un dépôt calcaire; et, en examinant plus attentivement, on en découvrit une autre, mais qui était creusée en capule, comme pour loger la première. A partir de ce moment, tous les accidents ont été conjurés, et le rétablissement n'a pas tardé à être complet. Cette observation parle trop haut, pour qu'il devienne utile d'y insister longuement: on comprend facilement que la malade n'eût pas survécu plus de quelques jours si M. Hancock n'eût pas eu la hardiesse de pratiquer une opération, sans indication précise. Ne peut-on pas penser que dans un certain nombre de péritonites il y aurait avantage à donner issue aux liquides, au lieu de les laisser s'accumuler dans la cavité péritonéale et d'ajouter encore au danger de la maladie?... (*The Lancet*, septembre 1848.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (*Des cas qui légitiment la provocation de l'*), *abstraction faite des vices de conformation du bassin, et quelle que soit l'époque de la grossesse.* C'est une des questions les plus graves en obstétrique, au double point de vue de la pratique et de la morale, que la détermination des cas où il peut être utile et licite de provoquer un accouchement prématuré. Cette question, longuement controversée, a été très-diversement appréciée, suivant que l'on se plaçait plus ou moins exclusivement à l'un ou à l'autre point de vue, que la question d'art était plus ou moins subordonnée au dogme théologique. De nos jours, la question peut être à peu près considérée comme jugée en faveur de la pratique de l'accouchement prématuré, autant par les précédents que par l'opinion presque unanime des accoucheurs. Mais quels sont les cas où le praticien doit se croire suffisamment autorisé à recourir à ce moyen extrême de salut pour la mère? C'était ce qu'il importait de déterminer aussi approximativement que possible, soit d'après les faits acquis, soit d'après une appréciation des diverses espèces de dangers auxquels la vie de la mère peut être exposée pendant le cours de la grossesse. C'est là le sujet d'un vaste et remarquable travail qu'a entrepris M. le docteur E. Laborie, sous l'inspiration et d'après les leçons cliniques de son savant maître M. le professeur P. Dubois. Dans l'impossibilité où nous serions de résumer les faits nombreux et intéressants que renferme ce travail, nous nous bornerons à en reproduire les conclusions, dans lesquelles M. Laborie a résumé lui-même les résultats de ses laborieuses recherches.

1° L'accouchement provoqué, quelle que soit l'époque de la grossesse, peut être appliqué, en dehors des cas de vice de conformation du bassin.

2° On peut diviser comme il suit les cas qui peuvent réclamer l'accouchement provoqué :

A. Gêne toute mécanique empêchant l'accomplissement des fonctions physiologiques. Exagération du volume de l'utérus. Hydropisie de l'amnios. Développement normal de l'utérus, mais amoindrissement de la capacité de la cavité abdominale, soit par une déformation rachitique, soit par la présence de tumeurs abdominales, qui ne laissent pas une place suffisante pour l'expansion de l'utérus.

B. Déplacement de l'utérus. Antéversion ou rétroversion irréductible après les premiers mois de la grossesse.

C. Maladies développées par le fait de la grossesse. Hémorrhagies utérines qui peuvent dépendre de l'insertion vicieuse du placenta, du décollement partiel des adhérences utéro-placentaires, etc., etc. Dans cette même classe se trouvent les accidents qui dépendent de réactions sympathiques sur le système nerveux, tels que : chorée, avec convulsions musculaires portant sur les muscles non soumis à la volonté; vomissements opiniâtres, et, dans certaines limites, l'éclampsie. Enfin, les maladies produites par la gêne apportée à la circulation, l'hydropisie ascite, l'hydro-thorax, l'infiltration générale.

D. Maladies intercurrentes ou préexistantes, dont la grossesse augmente assez la gravité pour mettre en péril la vie de la mère.

Le choléra constituerait la seule maladie aiguë qui puisse faire recourir à l'opération. Quant aux maladies chroniques, telles que les affections pulmonaires (abstraction faite de la

phthisie), les maladies du cœur, les anévrysmes de l'aorte, l'asthme et le goître, etc..., l'auteur ne fait que les indiquer seulement, laissant à la sagacité des praticiens le soin d'obéir aux indications, sans qu'il soit possible de tracer par avance une ligne précise de conduite à suivre.

Nous n'omettrons pas enfin d'ajouter, avec M. Laborie, et en insistant comme lui sur ce précepte, que l'accouchement provoqué ne doit être appliqué que comme ressource dernière, et après avoir épuisé aussi bien tous les moyens rationnels que les moyens empiriques, signalés comme pouvant suffire dans un grand nombre de circonstances. (*Union médicale*, octobre 1848.)

ATROPINE (*Moyen très-simple de purifier l'*). On sait que l'atropine est un alcaloïde qui résume les propriétés actives de la belladone, qu'elle remplace avec grand avantage, pour l'usage interne et surtout pour l'usage externe. Telle est l'activité de cette nouvelle substance que, à la dose d'un sixième de grain, elle produit, lorsqu'elle est administrée à l'intérieur, tous les accidents d'empoisonnement par les solanées, et qu'une goutte d'une solution de 10 centigrammes d'atropine dans 30 grammes d'eau, avec quelques gouttes d'acide acétique, produit, après vingt minutes, lorsqu'elle est instillée entre les paupières, la dilatation de la pupille, qui se complète en quatre heures, et qui dure de deux à trois jours. L'atropine cristallise sous forme de prismes blancs et soyeux; elle est inodore, très-soluble dans l'alcool et dans l'éther, peu soluble dans l'eau (une partie pour 500). La solution est amère et a une réaction alcaline. L'atropine se dissout très-facilement dans les acides nitrique, chlorhydrique, etc., et forme des sels cristallisables. Comme l'atropine est très-chère, et coûte au moins 1 fr. 25 c. les 5 centigrammes, elle est souvent altérée. Voici le procédé que donne M. Donovan pour la purifier. On dissout 4 grammes d'atropine du commerce dans 30 grammes d'alcool rectifié. S'il y a un résidu, on le sépare; on ajoute 180 grammes d'eau distillée, et on agite le mélange. D'abord, il ne paraît pas de changement; mais 12 ou 18 heures après, l'atropine forme de beaux groupes de cristaux étoilés, adhérents aux parois du vase. On décante le liquide; les cristaux sont rassemblés sur du papier de soie, et on les fait sécher à l'air. C'est l'atropine pure; et le médecin peut employer ce produit avec la plus grande confiance. (*Dublin medical press*, mai 1848.)

BELLADONE; *de son emploi dans le traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et les adultes.* A l'exemple de M. Bretonneau (de Tours), quelques praticiens ont employé récemment avec succès la belladone dans le traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants et les adolescents. Voici un exemple remarquable de guérison de ce genre, rapporté par M. Trousseau. Cet habile praticien fut consulté pour une petite fille de cinq ans qui, depuis deux ans, était en proie à une incontinence d'urine contre laquelle la volonté était évidemment impuissante; elle urinait deux et trois fois dans son lit, toutes les nuits, malgré la plus active surveillance et la précaution que prenaient ses parents de se lever plusieurs fois dans le courant de la nuit pour la mettre sur le pot. D'après les indications et la manière d'agir de M. Bretonneau, M. Trousseau fit préparer des pilules composées chacune de 1 centigramme de poudre et de 1/2 centigr. d'extrait de belladone. L'enfant dut prendre une pilule le soir en se mettant au lit. Dès la première semaine, il y eut un changement notable, et deux nuits se passèrent sans accidents. La seconde semaine, on prit deux pilules, l'enfant n'urina pas au lit. La troisième semaine, on cessa les pilules, tout se passa bien néanmoins. La quatrième semaine, on prescrivit une pilule chaque soir, l'enfant urina une fois au lit. Pendant les deux mois qui suivirent, il n'y eut qu'un accident de ce genre, et l'amélioration, depuis, ne s'est pas démentie.

M. Blache assure aussi s'être très-bien trouvé de l'emploi de ce moyen, depuis une couple d'années qu'il l'emploie. Il donne une pilule ou une pastille composée d'un demi-centigramme à un centigramme d'extrait, et d'un centigramme à deux centigrammes de poudre de racine de belladone; une seule dose quotidienne, le matin à jeun, une demi-heure avant la première alimentation, ou bien le soir, trois

heures après le dernier repas, lui paraît suffire chez tous les malades. Du reste, quelle que soit la dose jugée efficace, elle doit être continuée longtemps, en l'élevant, s'il est nécessaire, d'un 1/2 centigramme à la fois, à des intervalles de plus en plus éloignés.

Voici, à cet égard, la manière d'agir de M. Bretonneau, qui est fondée sur le caractère éminemment chronique et constitutionnel de cette affection, et par conséquent sur la nécessité d'insister longuement sur le traitement pour prévenir les récidives. Il donne une pilule le soir pendant une semaine; la dose n'est pas augmentée si l'incontinence d'urine cesse; si elle ne cesse pas, on donne deux et même trois pilules. Dès que huit jours se sont écoulés on cesse pendant trois ou quatre jours; puis on reprend durant une semaine, pour cesser huit jours encore, reprendre pendant une semaine, cesser quinze jours, y revenir encore; puis tous les mois, durant au moins un an, prendre huit jours de suite une ou deux doses de belladone.

M. Bretonneau préfère la poudre de racines, qui lui semble plus active; mais, vu la difficulté de conserver cette racine dans des conditions convenables dans les officines, M. Trousseau lui préfère la feuille que l'on trouve partout assez bien conservée. (*Union médicale*, octobre **1848.**)

CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN *chez les aliénés* (*Nouveau perfectionnement du*). L'emploi de la sonde œsophagienne appliquée à l'alimentation forcée des aliénés est une découverte moderne, dont le principal honneur revient à Esquirol, qui le premier imagina d'introduire une sonde dans l'œsophage, et d'ingérer par ce moyen des aliments dans l'estomac des aliénés qui se refusaient obstinément à toute alimentation. Ce premier essai fut le point de départ d'un important service rendu à la thérapeutique des aliénés; mais avant d'avoir atteint le degré d'utilité qu'on était en droit d'en attendre, ce moyen a dû subir une série de perfectionnements dont celui que nous allons faire connaître ne sera probablement pas encore le dernier terme. On se servit d'abord d'une sonde œsophagienne qu'on faisait pénétrer par les fosses nasales. Bientôt obligé de rejeter cette sonde à cause de son calibre trop volumineux, on lui substitua une sonde élastique ordinaire; mais celle-ci, à son tour, avait l'inconvénient de se replier sur elle-même avant d'avoir pu pénétrer dans l'œsophage. On conçut alors l'idée de l'armer d'un mandrin. Ce moyen sembla longtemps suffire, lorsque des accidents graves survenus par suite de la facilité avec laquelle on pouvait faire fausse route avec un mandrin rigide, suscitèrent à M. Baillarger l'idée de modifier cet instrument de manière à en rendre l'introduction plus aisée. Il imagina à cet effet une sonde à double mandrin, l'un en fer, très-petit et très-flexible, le second en baleine. Ce double mandrin a pour effet, le premier, par sa rigidité et par la courbure qui est imprimée à son extrémité, de faciliter l'introduction de la sonde jusqu'à l'entrée du pharynx; arrivé à ce point, ce premier mandrin étant retiré, le second, maintenu jusque-là courbé, se redressant par son élasticité, redresse en même temps la sonde qu'il applique sur la paroi postérieure du pharynx, de manière à surmonter la résistance que tend à opposer la contraction de la langue et des muscles de l'arrière-gorge.

Ce procédé offre sans contredit de nombreux avantages sur tous les précédents, mais il n'est pas entièrement dépourvu d'inconvénients. Il résulte, par exemple, de la nécessité où l'on est de retirer le mandrin de fer dans l'état de courbure où on l'a mis au moment de l'introduire, une compression et des tiraillements douloureux sur les parties que cette tige traverse; un autre inconvénient aussi de ce mandrin métallique est la facilité avec laquelle il s'use et se rompt au point de courbure, dans l'intérieur même du cathéter. — En présence de ce dernier accident, M. le docteur Emile Blanche s'est demandé si, au lieu de deux mandrins, dont le jeu distinct complique la manœuvre opératoire, on ne pourrait pas se borner à un seul qui en aurait tous les avantages, sans en avoir les inconvénients. Dans ce but, il a fait construire un mandrin articulé, qu'il propose de substituer au double mandrin en question, et dont voici les principales dispositions.

Le mandrin de M. Blanche est en maillechort; sa longueur est de 44 centimètres et son diamètre de 4 mil-

limètres : les anneaux articulés sont au nombre de trente-un ; ils sont disposés de manière à jouer librement dans le sens de la flexion et à reprendre dans l'extension toute la rigidité d'une tige non articulée ; le tiers supérieur de l'instrument est constitué par un tube auquel est attaché le premier anneau de la chaîne articulée, ce tube est ouvert en haut. Dans la cavité de cet instrument est placé un ressort de montre soudé en haut à une tige rigide et mobile ; c'est au moyen de cette tige que l'on fait jouer le ressort de montre et que l'on donne au mandrin, et par conséquent à la sonde dont il est armé, dans toutes ses portions articulées, le degré de courbure et de redressement que l'on juge nécessaire. Il résulte de cette disposition, qu'après avoir franchi les fosses nasales avec la sonde, à un degré de courbure convenable, on peut effacer celle-ci une fois qu'arrivé dans le pharynx, on a surtout à éviter l'ouverture du larynx. Il suffit pour cela de tirer sur le ressort de montre, qui se redresse en entraînant avec lui les anneaux sur la chaîne métallique, et en appliquant ainsi la sonde contre la paroi pharyngienne postérieure.

Lorsqu'on est arrivé dans l'œsophage, on retire seulement le mandrin en abandonnant la tige rigide à elle-même. De cette manière, la portion articulée reprend toute sa souplesse, elle se prête aux différentes courbures des parties qu'elle traverse et elle sort sans difficulté du tube élastique. Il faut ajouter, pour donner une idée complète de l'ingénieux appareil de M. Blanche, que l'obstacle apporté au passage de la sonde par les contractions musculaires, au moyen desquelles la base de la langue s'applique contre le pharynx, est bien plus aisément surmonté avec ce nouvel instrument dont la courbure, susceptible d'être variée à l'infini au gré de l'opérateur, permet d'exercer une série de tâtonnements très-propres à faire rencontrer le point d'intersection entre les deux organes dont le rapprochement est toujours incomplet.

M. Blanche s'est servi, dit-il, plusieurs fois déjà avec succès de sa sonde à mandrin articulé. Il faut un plus grand nombre d'expériences et surtout des expériences faites par d'autres personnes que l'auteur lui-même pour qu'on puisse se prononcer d'une manière définitive sur la valeur de cet appareil. Nous nous joignons à M. Blanche pour faire un appel à cet égard aux médecins d'aliénés. (Thèses de Paris.)

CHLOROFORME. *Bons effets de son emploi local dans le lumbago.* Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur les remarquables effets topiques du chloroforme dans les cas de névralgies. M. Moreau vient d'en éprouver les bienfaits dans trois cas d'une affection qui s'en rapproche beaucoup : nous voulons parler du lumbago. Voici l'une de ces observations. Decelle, infirmier, âgé de cinquante-quatre ans, fut pris brusquement, vers le milieu d'août, d'un lumbago qui lui rendait impossibles même les mouvements les plus bornés de la colonne vertébrale. Le troisième jour de l'invasion, M. Moreau lui fit une application de chloroforme de la façon suivante : on étendit un plumasseau de charpie de la grandeur des deux mains sur un carré de taffetas gommé, plus large dans tous les sens, afin de maintenir le coton fixé sur la peau ; on versa 25 à 30 grammes de chloroforme sur la charpie que l'on appliqua aussitôt sur le point le plus douloureux. Au bout de cinq minutes, le malade ressentit une chaleur âcre et cuisante à la peau ; la respiration devint plus facile ; il put tousser sans douleur et se retourner sans difficulté dans son lit. Comme une partie des vapeurs anesthésiques s'était répandue dans son lit, Decelle commençait à s'endormir, quand on le transporta dans un autre lit tout préparé. Une heure après, cet homme se leva et se mit à danser de joie dans sa chambre, d'avoir retrouvé la souplesse de ses reins aussi rapidement ; et il appréciait d'autant mieux les bienfaits de cette nouvelle médication, que dans un premier cas de lumbago dont il fut atteint en 1813, pendant deux mois entiers tous les efforts thérapeutiques furent infructueux pour le débarrasser de ses souffrances.

Dans les deux autres cas le succès ne fut pas moins rapide, mais l'action locale du chloroforme fut plus énergique et détermina, non plus seulement la rubéfaction, mais la formation de vésicules qui se remplirent d'un liquide séro-purulent.

Malgré cette action assez énergique du chloroforme sur la peau, on

n'hésitera pas à avoir recours à ces applications dans ces cas de lumbagos intenses qui ne permettent aucun mouvement au malade; seulement, pour prévenir ce sommeil inutile, on pourra enduire les bords du carré de taffetas gommé avec une couche mince de collodion; l'emploi de cette matière agglutinative non-seulement mettra le malade à l'abri des vapeurs somnifères, mais il permettra encore de se passer de toute espèce de bandage. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1848.)

IBERIS AMARA (*Sur les propriétés thérapeutiques du Lipericum*). Le L. ibéris amara, ou *passerage*, est une plante de la famille des crucifères, que l'on cultive dans nos jardins pour ses belles fleurs blanches. Cette plante était bien connue des anciens: Pline en a fait mention comme d'un remède dans la goutte. Ætius, Paul d'Egine et Oribase en ont parlé comme d'un excellent médicament, *non solum coxendicum, sed etiam aliis diuturnis morbis*. Il n'en est pas moins vrai que l'ibéris amara est tombé dans un discrédit complet. On doit donc des remerciements au professeur Williams, qui, dans ses essais thérapeutiques à l'hôpital Saint-Thomas, a constaté ses bons effets dans l'asthme, la bronchite, l'hydropisie, et surtout l'hypertrophie du cœur. L'ibéris amara ne diminue pas le nombre des battements du cœur, comme la digitale; mais elle jouit de la propriété de modérer la violence des battements de cet organe; de là son utilité dans l'hypertrophie avec hydropisie. M. Silvester, qui, depuis dix ans, emploie l'ibéris amara dans les mêmes circonstances, lui attribue des propriétés spécifiques analogues à celles de la digitale et de la belladone. C'est, à ses yeux, un des meilleurs moyens de régulariser les battements du cœur. M. Williams et M. Silvester prescrivent les graines d'ibéris amara en poudre, à la dose de 5 à 15 centigrammes, mêlées à de la crème de tartre, afin de dissimuler le goût nauséeux de cette substance, et de faciliter sa trituration. L'emploi prolongé de l'ibéris amara détermine quelquefois des nausées, des étourdissements ou de la diarrhée: mais il suffit d'interrompre l'usage du médicament pour voir cesser tous ces accidents. (*Provincial Journal.*)

INJECTIONS UTÉRINES (*Des*) *dans le traitement du catarrhe utérin*. On se rappelle que ce ne fut qu'avec une certaine défiance qu'on accueillit, il y a quelques années, la pratique des injections intra-utérines. Cette défiance reposait principalement sur les dangers de la péritonite. L'expérience ultérieure ne justifia que trop bien cette appréhension. Cependant il était démontré aussi que ce moyen jouissait d'une incontestable efficacité. Fallait-il renoncer au bénéfice de cette méthode par la crainte des dangers auxquels elle expose, ou continuer à courir les chances des avantages qu'elle pouvait offrir au prix même de ces dangers? Les praticiens s'en sont généralement tenus au parti le plus sage; ils se sont abstenus. Cependant quelques-uns, plus hardis, se sont efforcés, dans ces derniers temps, de réhabiliter cette méthode thérapeutique en cherchant à la dépouiller des causes de danger qui l'avaient fait abandonner. Voici les précautions que recommande à cet égard, dans un très-bon travail sur ce sujet, M. le docteur Strohl, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Pour se mettre à l'abri des accidents de la péritonite, dit cet habile praticien, deux points principaux sont à considérer: la manière de faire l'injection et le liquide employé. Voici le procédé opératoire que M. Strohl met en usage. Les instruments dont il se sert sont: un *spéculum* plein ou à valves, dont l'ouverture antérieure soit assez large pour embrasser le col sans le comprimer. Une *sonde en gomme élastique* de la longueur de 2 à 3 décimètres et ouverte aux deux extrémités, qui doivent être lisses et arrondies; cette sonde doit être d'un calibre tel, qu'elle laisse libre un espace assez considérable pour permettre au liquide de refluer facilement entre ses parois et celles du col; enfin, une *seringue* telle que celles que l'on emploie ordinairement pour les injections vaginales. Le col étant mis à découvert au moyen du spéculum, on introduit dans son ouverture la sonde préalablement graissée, en la faisant pénétrer lentement et la tournant entre les doigts. On l'enfonce à peu près d'un demi-centim. à un centim. La sonde est saisie de la main droite, et les doigts qui la tiennent en place doivent prendre un point

d'appui solide sur le spéculum, de sorte que ni les mouvements de la femme, ni ceux communiqués par l'aide chargé de l'injection, ne fassent sortir la canule du col, ou ne l'y enfoncent davantage. Cette position étant bien fixe, un aide fait l'injection lentement, sans saccades; quand il sentira une résistance trop considérable, il cessera l'injection; il faut alors retirer la sonde et la déboucher, car il arrive assez fréquemment que les mucosités contenues dans le col, coagulées par le liquide, bouchent plus ou moins complétement la lumière de la sonde.

Le liquide auquel M. Strohl donne la préférence, et qu'il emploie presque exclusivement, est l'eau blanche un peu chargée; elle est assez active, dit-il, pour suffire dans le plus grand nombre des cas, et elle est néanmoins bien supportée. Quand ce liquide reste sans effet, il injecte une solution d'iodure de fer, 2 à 4.00 sur 500,00 d'eau distillée. Ce liquide, plus actif que le premier, n'a jamais causé d'accident. La solution de sulfate de zinc n'a été employée qu'une seule fois. M. Strohl n'hésiterait pas, ajoute-t-il, à injecter une solution de nitrate d'argent, de 1 à 1,50 sur 500,00 d'eau distillée, dans les cas qui nécessiteraient une action prompte et énergique.

Les injections peuvent être ainsi faites impunément tous les jours. Cependant, si l'écoulement n'est pas très-abondant, et surtout si la femme accuse de la sensibilité dans la matrice, l'auteur conseille de mettre un intervalle d'un à deux jours entre chaque injection. On devra également les suspendre deux ou trois jours avant le retour des règles, et ne les reprendre que deux ou trois jours après leur cessation.

Le tamponnement avec le liquide de l'injection a été constamment employé en même temps; seulement, dans quelques cas d'écoulement utérin compliqué d'ulcération du col, on a fait l'injection avec l'eau blanche et le tamponnement avec une solution de sulfate de cuivre (1,00 sur 300,00 d'eau distillée.)

D'après M. Strohl, l'injection n'est jamais douloureuse; les femmes ont à peine la sensation de la présence d'un liquide. Dès la seconde fois, souvent même après la première, l'écoulement change de nature; puis il survient quelquefois un état stationnaire durant une huitaine de jours, et enfin la sécrétion morbide décroît de nouveau. On cesse alors les injections, et on continue encore pendant quelques jours le tamponnement.

Tel est l'ensemble des précautions à l'aide desquelles M. Strohl assure avoir obtenu, dans vingt-cinq cas, une guérison bien constatée d'écoulements utérins chroniques, sans aucun accident. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, octobre 1848.)

NOURRICE (*Sur l'application du microscope à la connaissance des altérations pathologiques du lait, et au choix d'une*). Si les recherches micrographiques n'ont pas encore donné tout ce que des esprits enthousiastes en attendaient, il n'en est pas moins vrai que déjà elles ont fourni des indications précieuses, soit pour la distinction à établir entre les diverses espèces de tumeurs, soit pour apprécier les altérations des liquides de l'économie. C'est surtout pour l'étude du lait que la thérapeutique a des obligations à la micrographie; en effet, le médecin se trouve tous les jours appelé à donner son avis sur l'allaitement ou sur le choix d'une nourrice, sans qu'il puisse trouver dans les circonstances extérieures de quoi lever tous ses doutes. Cette femme doit-elle ou non nourrir? A quelle époque faut-il cesser l'allaitement? Quelles sont les conditions pathologiques de l'organisme qui doivent le faire interrompre momentanément, et pour combien de temps? Quelles règles doivent présider au choix d'une nourrice? Les recherches de M. Donné ont éclairci plusieurs de ces points; celles plus récentes de M. Peddie paraissent destinées à modifier sur quelques parties les résultats du premier observateur. Rien de plus trompeur que l'aspect extérieur; et telle femme que l'on pourrait considérer, d'après l'apparence, comme une très-bonne nourrice, n'a, en réalité, qu'un lait trop pauvre, et, dans quelques circonstances, un lait trop riche, inconvénient plus rare, mais qui n'est pas moins un obstacle à une bonne nourriture. Seul, le microscope peut fournir des données précises; dans le premier cas, les globules constituants du liquide paraissent, sous le champ du microscope, rares et peu volumineux, relativement à la quantité de sérosité dans laquelle ils nagent; dans le second, les globules

sont, au contraire, nombreux et d'un fort volume. Le lait d'une bonne nourrice ne doit pas surtout contenir, au moins après la curation de l'état puerpéral, de granules du *colostrum*, pas plus que les globules du lait ne doivent être réunis en masse par un liquide muco-visqueux. M. Peddie a fait, sous ce dernier rapport, une découverte assez singulière, c'est que, chez certaines femmes, le lait ne se dépouille des granules du colostrum à aucune époque, de sorte que ces femmes ne peuvent nourrir. Mais, ce qui est plus curieux, c'est que, sous l'influence de l'apparition des règles, pendant le cours des indispositions ou des maladies, on voit le lait reprendre, à peu de chose près, le caractère *colostral*, qu'il offre à un si haut degré pendant les premiers jours de l'accouchement. C'est là ce qui explique comment les enfants qui continuent à prendre le sein pendant les règles ou dans le cours d'indispositions ou de maladies, ne tardent pas à dépérir, quand ils ne sont pas pris de vomissements, de dévoiement ou même de convulsions. M. Donné avait noté, parmi les altérations du lait, le mélange du pus avec ce liquide dans le cours des abcès laiteux. M. Peddie n'a jamais rien vu de pareil; mais il a souvent observé l'aspect visqueux et colostral. Enfin, lorsque le lait approche de la fin de la première année, il reprend presque constamment l'aspect colostral; c'est-à-dire que, dans une goutte de ce liquide, on aperçoit souvent de 5 à 20 granules de colostrum. Les inductions pratiques à tirer de ce qui précède sont les suivantes: ne jamais permettre l'allaitement avant d'avoir examiné la richesse ou la pauvreté du lait, et, lorsqu'on le permet dans ces circonstances, combattre la première condition par des boissons délayantes, ou mieux encore, comme l'a conseillé Péligot, en laissant séjourner le lait longtemps dans les mamelles; attaquer la seconde par une alimentation riche et substantielle; suspendre l'allaitement pendant le cours des règles, pendant les indispositions et les maladies graves, en ayant toutefois l'attention de vider artificiellement les seins, afin de prévenir les engorgements laiteux; ne pas prolonger l'allaitement au delà du neuvième mois, et tout au plus du douzième; considérer, dans le choix d'une nourrice, indépendamment des conditions extérieures souvent trompeuses, l'état de pauvreté ou de richesse du lait, et surtout l'âge de ce même lait (en effet, du moment où il est démontré que les qualités du lait varient naturellement à diverses époques, et que ces variations sont adaptées aux divers besoins de l'enfant, donner à un enfant nouveau-né une nourrice dont le lait a plusieurs mois de date, c'est l'exposer non-seulement à dépérir, mais encore à être atteint plus tard de rachitisme ou de tout autre trouble de la nutrition); enfin, lorsque la mère est d'une bonne constitution, choisir une nourrice dont la constitution et l'aspect physique rappellent autant que possible ceux de la mère, et, dans le cas contraire, ou lorsqu'on peut soupçonner chez elle ou chez le père de l'enfant quelque vice de constitution, faire un choix sur un modèle entièrement opposé à celui des parents. (*Monthly journal*, août 1848.)

ORCHITE BLENNORRHAGIQUE (*Sur le traitement de l'*) *par la teinture de cannabis indica*. Dans notre dernier numéro, nous avons inséré une notice pharmacologique sur le haschich et son principe actif, la cannabine, ainsi qu'un article de M. Willemin, sur l'application qu'il en a faite au traitement du choléra. L'extrait de la teinture du cannabis indica a été déjà l'objet de nombreuses expérimentations, dont nous avons entretenu autrefois nos lecteurs, tome 33, p. 479, et les propriétés antispasmodiques et narcotiques de ce nouvel agent ont été utilisées contre les maladies spasmodiques et douloureuses. C'est à ce dernier titre qu'un médecin d'un des hôpitaux de Londres, M. Gay, vient d'en faire l'application contre une maladie dans laquelle le phénomène *douleur* est des plus développés, nous voulons parler de l'*orchite blennorrhagique*. Considérée, dans notre pays, comme une inflammation, l'orchite blennorrhagique est presque toujours attaquée par un traitement antiphlogistique, et nous devons le dire, avec un succès complet; mais en thérapeutique, il n'y a pas qu'une seule voie qui mène au but, et les faits thérapeutiques rapportés par M. Gay nous paraissent mériter toute l'attention des médecins. Dans son travail, M. Gay a rapporté neuf obser-

vations; nous n'en citerons qu'une seule, d'après laquelle on peut se figurer toutes les autres. Un fumiste, âgé de vingt-un ans, entra à l'hôpital le 7 juillet, pour être traité d'une orchite blennorrhagique. Il avait contracté une gonorrhée le 21 juin. Huit jours après, il avait ressenti, dans le testicule gauche, des douleurs qui irradiaient jusque dans l'aine et dans les lombes. Le gonflement avait commencé le 1er juillet. A son entrée, le testicule gauche était dur, volumineux et douloureux au toucher. Le scrotum était tuméfié et coloré en rouge. L'épididyme et le cordon étaient augmentés en volume et très-douloureux. Le testicule droit avait été aussi gonflé, au dire du malade; mais il n'existait plus trace de ce gonflement. L'écoulement urétral continuait, comme par le passé. Le malade ressentait, surtout pendant la nuit, des douleurs extrêmement vives. Il avait de la fièvre et de la soif. Repos au lit; potion purgative de l'hôpital; 2 grammes de teinture de *cannabis indica* (formule des hôpitaux de Londres, 4 grammes de cette teinture contiennent 15 centigrammes d'extrait). Le purgatif produisit de nombreuses garderobes, et fatigua beaucoup le malade. Aussi le lendemain n'y avait-il aucun changement dans l'état du testicule. La dose de teinture de cannabis fut portée de 2 à 4 grammes. Le 10, l'état du malade était très-satisfaisant: Soulagement notable, disparition du gonflement et de la rougeur du scrotum; peu de gonflement du cordon et du testicule; sommeil pendant la nuit; continuation de la teinture. Le 13, le testicule et le cordon n'étaient plus sensibles à la pression, il restait encore un peu de gonflement, que l'on lit disparaître avec quelques frictions mercurielles. Le malade quitta l'hôpital le 17, parfaitement guéri. Comme on le voit, le traitement de M. Gay consiste à administrer, à l'intérieur, au malade affligé d'orchite blennorrhagique, en même temps qu'un purgatif, la teinture de cannabis indica, de 2 à 4 grammes, en trois fois, et à continuer l'emploi de la teinture jusqu'à la cessation complète de la douleur. — Nous rappellerons que M. Voillemier a déjà employé avec succès le laudanum contre les mêmes accidents, ainsi que nous l'avons consigné dans un de nos derniers numéros. (*The Lancet*, septembre 1848.)

VOMITIF (*Sur l'emploi de l'alun comme) dans le traitement du croup.* On sait que, parmi les moyens les plus efficaces contre cette redoutable maladie de l'enfance, les vomitifs occupent le premier rang. Mais les vomitifs ont ce grave inconvénient qu'ils déterminent une prostration considérable. Le tartre stibié agit surtout de cette manière; et la plupart des praticiens, qui traitent des maladies de l'enfance, conseillent de lui substituer l'ipécacuanha, dont l'action vomitive est aussi prononcée, et l'action dépressive infiniment moindre. Suivant M. Meigs, l'alun serait encore supérieur, sous ce rapport, à l'ipécacuanha: une petite cuillerée de poudre d'alun mélangée à du miel, à du sirop ou à de la mélasse, délayée dans une quantité égale ou double de véhicule, suffit à déterminer d'abondants vomissements. Il est très-rare qu'on soit obligé d'en donner une seconde dose, et quand les vomissements ont été insuffisants, on peut, sans inconvénient, en administrer une nouvelle dose, dix, quinze ou vingt minutes après la première. Aucun vomitif, dit ce médecin, pas plus le tartre stibié que le vin d'antimoine et l'ipécacuanha, ne peut lui être comparé pour la certitude et la rapidité de l'effet vomitif; jamais on ne lui voit produire l'épuisement et la prostration qui suivent l'administration des préparations antimoniales, et à un moindre degré celle de l'ipécacuanha. M. Meigs a donné l'alun à la dose citée plus haut, pendant plusieurs jours et trois et quatre fois par jour, sans avoir observé aucun des symptômes si communs après l'emploi des vomitifs ordinaires. Cependant M. Meigs fait connaître deux observations dans lesquelles l'alun n'a pas réussi à déterminer des vomissements; mais dans l'une, l'enfant était dans un état d'affaissement si prononcé qu'il n'y avait presque rien à attendre d'aucun traitement; et dans l'autre, l'alun, après avoir été employé avec succès à plusieurs reprises, perdit son influence et fut toléré, comme cela arrive pour les préparations antimoniales, même pour l'ipécacuanha. (*American, journal.*)]

VARIÉTÉS.

Nouvelles du choléra. M. le docteur Lequoy, médecin à Dunkerque, vient d'informer l'Académie de médecine que le fléau venait d'atteindre la France. Depuis le 15 octobre jusqu'au 3 novembre, cette ville ne compterait pas moins de trente cas de choléra, dont 9 individus auraient succombé. Notre confrère a communiqué à l'Académie plusieurs observations fort intéressantes. Nous noterons seulement les particularités relatives au traitement : « Nos essais ont été variés ; mais les opiacés et les stimulants diffusibles « ont formé la base du traitement, et ont réussi dans l'état le moins grave. « Trois fois j'ai essayé l'huile de naphte ; je n'ai obtenu qu'une réaction de « peu de durée. » Depuis ces nouvelles, de nouveaux cas de choléra se sont manifestés dans les communes environnantes, à Watten et à Holgue ; il y en quatre décès. M. Magendie, président du Comité d'hygiène publique, a été envoyé immédiatement à Dunkerque par le ministre de l'agriculture et du commerce, afin de constater la nature du choléra qui s'est déclaré dans cette ville et ses environs. Si les cas observés par nos confrères de Dunkerque ne peuvent, sans conteste, être rapportés au choléra asiatique, se manifestant à une époque aussi avancée de l'année, ils témoignent néanmoins que nous sommes sous l'influence de l'épidémie. Comme nous l'avons annoncé, la saison froide doit s'opposer à l'extension du fléau, ainsi que cela est arrivé en Russie pendant l'hiver dernier; mais il est à craindre qu'avec le retour du printemps le fléau ne se développe avec intensité.

Le nombre des cas de choléra constatés à Londres depuis l'invasion de l'épidémie s'élève à 183, dont 92 ont été mortels. Il est à remarquer que la plupart de ces cas se sont présentés dans les quartiers les moins favorisés de la ville. Quelques cas rapidement mortels ont engagé M. Hill à tenter l'essai des inhalations de chloroforme dès l'apparion des premiers symptômes du choléra ; quelques malades ont guéri, et comme d'ordinaire on en a rapporté la cure à l'emploi de l'agent anesthésique. La lecture des observations publiées par les journaux anglais nous permet de conclure du *post hoc* au *propter hoc*. Nous suivons ces essais, et nous en signalerons les résultats lorsque les faits seront assez nombreux pour permettre de porter un jugement sur nouvelle cette médication.

La séance annuelle de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu le 6 de ce mois. Le discours officiel a été prononcé par M. Gavaret, professeur de physique médicale. La Faculté n'ayant perdu cette année aucun de ses membres, le professeur a suivi l'exemple que, l'an dernier, lui avait donné M. Bérard, et a puisé dans la science qu'il professe le sujet de son discours. M. Gavaret a donc choisi pour texte de sa harangue la découverte du galvanisme et l'éloge de Volta et de Galvani. Pendant près d'une heure il a su se faire écouter avec le plus vif intérêt. L'importance que des travaux récents tendent à donner à l'électricité comme moyen thérapeutique, nous fera revenir prochainement sur ce travail de M. Gavaret, et indiquer les applications utiles que l'on peut en faire au traitement de certaines paralysies.

Après une allocution du nouveau doyen, M. Bouillaud, M. Denonvilliers a proclamé les noms des lauréats : *École pratique* : premier grand prix (médaille d'or), M. L. Piachaud ; deux premiers prix *ex æquo*, MM. E. Legendre et Em. Leudet ; deuxième prix, M. Em. Villiers ; mention honorable, M. Ph. Juteau. Prix Corvisart (médaille d'or), M. L. Corvisart. Le prix Montyon n'a pas été décerné. Prix des sages-femmes, Mme Durand ; accessit, Mmes Compas et Laborret.

L'importante question des agents anesthésiques vient enfin d'être soumise aux délibérations de l'Académie. M. Malgaigne, dans un long et savant rapport, après avoir envisagé la question sous toutes ses phases, a posé les conclusions suivantes :

Première partie, Examen des faits particuliers.—Réponse à M. le ministre.
1° Que la mort de la malade de M. Gorrè ne saurait être attribuée à l'action toxique du chloroforme.
2° Il existe dans la science des exemples de morts subites et imprévues survenues, non-seulement pendant ou après des opérations, mais en l'absence de toute opération, en dehors de l'inhalation du chloroforme et sans que la cause de la mort ait pu être reconnue par l'autopsie la plus attentive.
3° Dans le cas actuel, la cause paraîtrait plutôt devoir être rapportée à une immixtion de gaz dans le sang.
Les conclusions de la deuxième partie sont relatives aux dangers attribués au chloroforme.
1° Le chloroforme est un agent des plus énergiques, que l'on peut rapprocher des poisons les plus actifs, et dont on ne doit confier l'emploi qu'à des mains expérimentées.
2° Le chloroforme est sujet à irriter, par son odeur et son contact, les voies aériennes, ce qui exige plus de réserve dans son emploi lorsqu'il existe quelque affection du cœur et des poumons.
3° Le chloroforme possède une action toxique propre, que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui, trop longtemps prolongée, peut amener directement la mort.
4° Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même ; ainsi, on court des risques d'asphyxie, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement.
5° On se met à l'abri de tous dangers en observant exactement les précautions suivantes : 1° s'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration ; 2° prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme et que la respiration s'exécute avec une entière liberté ; 3° suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération.
Ces conclusions, on le voit, sont en tout semblables à celles que nous avons formulées dans notre article sur l'emploi du chloroforme, envisagé au point de vue chirurgical. Dans notre prochaine livraison, nous dirons un mot de la discussion que va soulever ce rapport.

Un événement malheureux vient d'avoir lieu à Constantinople ; le 11 octobre, un violent incendie, qui a éclaté dans une des rues les plus étroites du quartier de Péra, a dévoré plus de trois cents maisons. Mais la perte la plus regrettable est celle de l'École de médecine de Galato-Sérail. La pharmacie, le dépôt d'habillements, la plupart des effets des professeurs et des élèves, le jardin botanique, les serres, le cabinet d'histoire naturelle, enfin le Muséum tout entier, avec la bibliothèque et les cabinets de physique, tout a disparu dans les flammes. La perte est évaluée au moins à quinze millions de piastres. Quinze années de soins et de sacrifices, tout est perdu, et les cours de l'École sont suspendus jusqu'à ce que le gouvernement ait avisé.

Le concours du bureau central est terminé. Après de brillantes épreuves, MM. Leger et Becquerel ont été nommés médecins du bureau central des hôpitaux.

Un concours pour la place de chef des cliniques doit s'ouvrir, le 20 de ce mois, près la Faculté de médecine de Strasbourg. Les épreuves sont au nombre de quatre : une composition écrite à huis clos, une épreuve de clinique interne, une épreuve de clinique chirurgicale et une dernière de clinique des accouchements. Les émoluments sont de 1,400 fr. La durée des fonctions de six années.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DOUTES SUR LE VOCABULAIRE MÉDICAL MODERNE.

C'est un assez triste privilége que celui de vieillir, il faut l'avouer, et pourtant ce privilége a des avantages qu'on ne saurait méconnaître sans injustice et sans prévention. Un des plus remarquables, c'est qu'il empêche d'être crédule sur certaines choses, et qu'on s'attache à bien connaître la valeur des mots. N'est-ce pas, en effet, une chose des plus démontrées, que la plupart des hommes sont la dupe des mots beaucoup plus souvent qu'on ne le croit? Les mots vont si vite, qu'ils nous entraînent et nous séduisent comme à notre insu. Rien de plus connu en politique, témoin les horribles et niaises folies prêchées par certains rêveurs. En médecine, les mots ont également une puissance extrême ; aussi de combien d'erreurs, de déceptions ne sont-ils pas les instruments, ne pourrait-on pas dire les complices! Il serait facile de constater une sorte de logographie médicale, dont l'action est d'autant plus grande sur les opinions qu'on s'en défie moins. Ainsi, il y a aujourd'hui dans la science un vocabulaire dont il faut se servir avec plus ou moins d'habileté, sous peine de n'attirer l'attention ni des lecteurs ni des auditeurs d'un amphithéâtre. Ce vocabulaire n'est point volumineux, mais il est expressif et bien fait pour séduire les esprits qui, ne s'arrêtant qu'à la surface, croient que les mots sont la fidèle représentation des idées. En général, ce vocabulaire se compose des mots suivants : *Progrès, utilité, observation, application, positif, faits, chiffres, méthode expérimentale, pratique, expérience*, etc. Aidé d'une douzaine de mots, dont on se sert habituellement, il est incroyable avec quelle facilité on tourne les esprits, on fascine les imaginations, on s'empare des convictions, en donnant un corps, une réalité à ce qui n'en a pas, en faisant croire ce qui n'est pas digne de foi. Au contraire, une idée, un principe, un dogme, une hypothèse enfin excitant la méfiance, ou se met presque en garde contre leur manifestation ; mais recourez aux mots précédents, tout s'aplanit avec une étonnante facilité, le lecteur est bien disposé pour vos assertions, l'auditeur vous prête une oreille attentive et même avec une sorte de satisfaction orgueilleuse, parce que chacun se vante aujourd'hui d'être l'homme du fait, du chiffre, de l'expérience et de l'observation.

Au fond, que découvre-t-on sous ces apparences et cet appareil verbeux? Bien souvent l'inanité des prétentions sans portée, ou des asser-

tions d'une nauséabonde vulgarité. On peut le dire aujourd'hui, en médecine, les opinions sont une mêlée, les idées un chaos, les principes en quelque sorte nuls, et la pratique, à peu de chose près, un tâtonnement perpétuel du médecin sur le malade ou la maladie. Chaque médecin qui est ou se croit en dehors d'une certaine ligne de médiocrité, pose les questions à sa manière, trouve des moyens, des preuves, des faits, des principes qui ne sont qu'à lui, et croit de bonne foi que tout le monde doit se rendre à l'évidence et à son évidence. Le temps du progrès si vanté semble au contraire un temps de confusion d'autant plus fatale, qu'on se croit sur le grand chemin des applications réelles. Quant aux principes généraux, ou on les ignore, ou on n'en fait aucun cas. En définitive, on n'est entièrement ni humoriste, ni solidiste, ni vitaliste, ni organicien, ni physiologiste broussaisien, ni controstimuliste; mais on se dit positif, expérimentaliste, c'est-à-dire empirique, et surtout *clientéliste,* si l'on peut et autant qu'on peut. La médecine en exercice actuel est un composé assez étrange de toutes les portions d'erreurs et de vérités que ces dénominations renferment; on dirait que la science a brouillé ses catalogues, et cependant on ne cesse de dire que cette même science a fait d'immenses progrès, que dans certains cas nous sommes sur le point d'obtenir des certitudes mathématiques, que la connaissance des maladies est poussée à un haut degré de perfection, enfin que l'expérience peut prononcer des arrêts définitifs, etc. Toujours des assertions et des mots, toujours un mouvement sur place, pris pour une progression continue, incessante; mais cherchez au fond, en écartant les mots, et vous trouverez que le produit net se réduit à bien peu de chose, si même il en existe; en sorte qu'après tant de bruit, tant de fracas, l'homme sensé est toujours disposé à revenir à l'ancien proverbe : *J'entends bien le bruit de la meule, mais je ne vois pas de farine.* Ce qui n'empêche pas certains jeunes docteurs, à diplôme fraîchement éclos, de chanter des hymnes au progrès sur la lyre de leur imagination.

S'il nous était permis de donner un certain développement à ces réflexions, il serait aisé de prouver qu'en général il n'y a pas dans la science en faveur aujourd'hui de fond véritablement solide, il n'y a que des surfaces à l'infini; que si on excepte quelques recherches d'anatomie pathologique, on trouve partout l'*à-peu-près* dans les principes, et le *pêle-mêle* dans les applications; que la science est demeurée stationnaire, et même rétrograde au point de vue dogmatique; enfin que dans ce système si vanté de la méthode expérimentale, se trouvent les adorateurs prosternés de cette vieille déesse qu'on nomme routine. Où est la doctrine qui rallie, où est la théorie qu'on adopte, où sont les principes

qui dirigent? On les chercherait vainement; mais les mots ne manquent pas, c'est là ce qui trompe et fausse l'esprit. Sans entrer dans des détails que l'espace ne nous permet pas d'exposer largement, qu'il nous soit permis néanmoins de jeter un rapide coup d'œil sur quelques-uns des mots du vocabulaire dont il a été question précédemment, d'en signaler la fausse et dangereuse interprétation.

Progrès.—Ce mot est certainement pompeux et sonore, il est surtout flatteur, mais trop souvent il cause bien des déceptions, presque toujours parce qu'on s'obstine à prendre le bruit pour le mouvement réel et progressif. Il n'y a que le temps qui éclaire sur le chemin qu'on a fait ou qu'on a cru faire. Quand l'anatomie pathologique fit son apparition, qui n'aurait cru que la clef de la science était enfin trouvée? on le disait, on le répétait; eh bien! sans nier son utilité, on voit qu'en définitive cette partie de la science a peu contribué au progrès de la médecine. Ce grand *desideratum* de la science, un ou plusieurs principes stables et démontrés, elle ne l'a pas satisfait. Dans un temps où il y a si peu de voix et tant d'échos, on n'a longtemps vanté que l'anatomie pathologique; maintenant le charme est rompu, toutes ces doctrines, passées au fil du scalpel, n'ont plus de consistance, au moins pour les bons praticiens. Peut-être même va-t-on trop loin; autrefois on dépassait le but, on reste aujourd'hui trop en deçà. Ce grand progrès annoncé se réduit à de très-minimes proportions; il en est de même de certaines doctrines. Quand le *physiologisme* fit son explosion dans le monde médical, qui ne se rappelle les éloges, les ovations, les triomphes qui lui furent annoncés, décernés? un progrès immense, certain, définitif, paraissait lié à cette doctrine; quiconque osait en douter passait pour un rétrograde, un insensé, un ennemi de la vérité. Il faut avoir vécu dans ces temps de luttes ardentes, de polémique surexcitée, pour comprendre jusqu'où les esprits se laissent aveugler par l'espérance, par l'opinion; en un mot, par ce *specie veri* qui trompe, qui séduit si vite, mais pour si peu de temps, alors qu'intervient l'expérience, cet instrument qui sert à contrôler la valeur des assertions. Un homme se laisse éblouir par une brillante synthèse: son principe général, vrai sous quelques points de vue, devient douteux, incertain, dangereux, parce qu'il le mène brusquement à toutes ses limites, à ses extrémités les plus reculées, et pour ainsi dire aux sommités particulières des moindres détails. C'est ce qui est arrivé à Broussais, qui voulut envelopper tous les faits dans son principe de l'irritation, comme s'il était possible de formuler un principe fondamental, quand la majorité des faits constitue l'exception. Aussi qu'est-il arrivé? Chacun le sait, chacun l'a vu, le physiologisme, par l'extrême circonscription de ses principes, puis par sa diète impitoyable,

par des saignées réitérées, multipliant les mécomptes des praticiens, ne compte plus de partisans, et cette homicide chimère n'a maintenant de place que dans les cadres historiques de la science. Mais qu'a laissé ce système de bon, de réel, d'utile? Qu'est devenu le progrès si hautement annoncé, si fermement prophétisé? Loin de le reconnaître, beaucoup sont revenus à des médications très-compliquées, à l'emploi de substances d'une effrayante énergie. Qui ne reconnaîtrait ici ce perpétuel balancement de l'esprit humain, qui va de la foi au doute, du doute à la foi, mais qui, dans les sciences d'observation, indique qu'on s'est écarté de la véritable voie, et qu'on a pris l'apparence du progrès pour le progrès lui-même, le mirage pour la réalité?

Au physiologisme bruyant et mensonger succéda la statistique. Prendre les faits un à un, les compter, les superposer, les additionner, puis en tirer des conséquences pratiques, quoi de plus certain, de plus commode? soutenue, aidée de ce moyen, la science s'approchait des théorèmes géométriques et s'éloignait avec orgueil du domaine de la probabilité. Aussi ce ne fut qu'un cri en faveur de la *méthode numérique;* c'était l'aurore d'une découverte des plus brillantes à l'horizon de la science. Comme à l'ordinaire, les buccinateurs de la presse et des Sociétés savantes annoncèrent pour la médecine un progrès immense, et qu'il n'était plus possible de contester. Mais les déceptions s'étant multipliées, on ne tarda pas à voir ce qui avait d'abord échappé, c'est qu'il y a des quantités qui échappent à l'arithmétique, et que les phénomènes de la vie, normaux et pathologiques, sont de ce nombre. Tarifer par des chiffres les variations infinies des forces vitales est un problème de haute portée, mais dont la solution ne nous appartient pas. Nous ne dirons pas, comme un docte Allemand, « l'intelligence est comme un vase, si on l'emplit de chiffres, on ne peut plus y mettre d'idées. » Mais nous dirons que la statistique, utile sous certains rapports, a pourtant fort peu contribué aux progrès de la médecine. On a beau dire, le chiffre admet tout, se plie à tout; sous le masque de l'exactitude, très-souvent il cache l'erreur, le sophisme, l'opinion préconçue; aussi les résultats les plus certains de la statistique médicale ont-ils prouvé que chacun n'avait, en définitive, additionné que ses succès. Les chiffres n'ont pas force de loi en médecine, et cela doit être. En vain vous y chercherez une détermination précise et rigoureuse de la puissance réelle de la thérapeutique, fin dernière de la médecine.

En général, deux obstacles arrêtent l'avancement réel et de bon aloi de la médecine, le *peu de vérités* bien constatées que nous possédons, et le *défaut d'enchaînement de ces mêmes vérités.* C'est, en

effet, sur ces deux points fondamentaux que repose la marche véritablement progressive de la science, et non pas sur quelques recherches isolées d'anatomie pathologique, sur quelques perfectionnements plus ou moins douteux apportés au diagnostic, sur quelques remèdes, quelques médications dont la vogue n'a souvent qu'un temps très-limité; bien moins encore dans cet appareil scientifique ou cette vulgarité de principes qu'on change, qu'on altère, qu'on modifie et qu'on surfait avec plus ou moins d'habileté, selon les besoins du moment. Voir, observer, examiner, inférer, jamais imaginer, est un excellent conseil; mais à quoi sert-il, si on ne fait pas coordonner les produits, en un mot, si on ne sait pas conclure? l'initiative créatrice en médecine n'est qu'à ce prix. Veut-on d'ailleurs une marque caractéristique du progrès, il faut qu'elle réunisse les trois conditions suivantes :

La nouveauté, l'utilité, l'évidence.

Supprimez l'une de ces trois conditions, le progrès est dès lors incertain, douteux et par conséquent inadmissible; il faut que le temps et l'expérience prononcent en définitive. Il est encore une autre règle servant à constater le progrès, c'est de le mesurer d'après les principes *généraux* définitivement acquis à la science; rien de mieux pour établir sa légitimité, et par suite, sa stabilité. C'est ainsi que se fait le laborieux enfantement d'une vérité médicale, capable de résister ensuite à toutes les révolutions de la science, et surtout aux interprétations plus ou moins subtiles des systématiques les plus osés, les plus ingénieux.

Méthode expérimentale.—Ce mot a fait fortune dans le nouveau vocabulaire, et véritablement il le méritait. La méthode expérimentale, dit-on, est la base de la médecine. A entendre certaines personnes, la science médicale tend, avant tout, à être positive; elle se détourne des hypothèses pour marcher droit aux applications; elle renonce à ce qu'elle ne peut expliquer, pour s'attacher à ce qu'elle peut connaître; elle ne s'appuie que sur le vrai, sur le réel, en un mot, sur la méthode expérimentale, etc. Qui n'a pas lu et entendu répéter ces brillantes, ces flatteuses paroles? Quel beau langage, et combien il est encourageant! Malheureusement, il s'en faut que les effets répondent aux promesses qui, à vrai dire, ne sont bonnes que pour ces novices dont parle un ancien, *qui cruda adhuc studia in forum portant*. La méthode expérimentale est le fil qui nous conduit: mais où donc trouver ce fil? Ce n'est pas certainement dans cette direction incertaine, dans cette perpétuelle divergence d'opinions des médecins actuels qu'on le trouvera. Où ce fil nous conduit-il? A la vérité, répond-on. Mais d'abord, à quelle vérité, à quel degré de

vérité? Ensuite, où est le *criterium* de cette vérité, son caractère, sa démonstration, son évidence? Chaque praticien a le sien, dont il se fait le juge et l'approbateur. L'un saigne, parce que la méthode expérimentale l'a conduit à préférer hautement ce moyen dans les cas donnés; un autre, au contraire, s'en abstient, parce que la méthode expérimentale, dont il a écouté les inspirations, observé les effets, lui découvre une indication contraire. Alors qu'entendez-vous par la *méthode expérimentale*, où est la vraie, où est la fausse?

Un grand défaut de cette méthode, au moins de celle qu'on suit maintenant, est d'entrer dans des détails infinis, redondants et superflus. On analyse avec une minutie scrupuleuse, on se fait la guerre sur des millièmes, on contrôle des fractions inappréciables, et l'on finit par ne pas s'entendre. Une chose avérée, c'est que le dogmatisme purement expérimental, mal conçu, mène droit à l'empirisme, à la médecine symptomatique sans principes fixes, parce qu'on ne voit jamais que l'aiguille, sans chercher le ressort qui la fait mouvoir. Assurément c'est un grand tort en médecine de s'en tenir aux principes abstraits, presque métaphysiques; mais l'empirisme plus ou moins raisonné n'a jamais constitué et ne constituera jamais une doctrine. Je l'ai dit autre part, « il ne faut pas que la science de l'homme se matérialise trop ; il ne faut pas non plus qu'elle s'évapore en principes trop vagues (1). » Maintenant on penche plus pour le premier sens que pour le second, toujours par cette affectation du positif, qui ne s'acquiert pourtant que par des généralisations, autrement dit, par des principes ; car il n'y a qu'eux qui font la science, qui en déterminent l'essence, qui en établissent les bases. Une exagération d'abstraction est l'élan d'un esprit vigoureux qui, à la vérité, dépasse le but, mais au moins qui l'indique ; une exagération de détails matériels n'indique rien, ne produit rien. Un principe bien reconnu finit par inonder de clartés l'horizon de la science, tandis que la recherche sans fin d'objets matériels retournés dans tous les sens n'aboutit qu'au scepticisme ; il n'y a qu'à lire les ouvrages modernes pour s'en convaincre.

On nous parle sans cesse de méthode expérimentale, mais nous demanderons sans cesse les résultats qu'elle a produits depuis une période bornée seulement à vingt ans. Que de travaux inutiles et insuffisants, que de doutes et d'incertitudes, et aussi que d'illusions se sont tour à tour accumulés et dissipés sur une multitude de points de la science! Il arrive que dans un premier moment d'enthousiasme et de confiance,

(1) *Etude de l'homme dans l'état de santé et de maladie.* Avertissement, p. IV.

on croit avoir saisi *l'inconnue* que l'on cherche ; puis, après un temps plus ou moins long, l'illusion tombe, le rêve s'en va, et l'on s'aperçoit que le but n'est ni atteint ni découvert. On a pourtant suivi, du moins à ce qu'on croit, la méthode expérimentale si vantée aujourd'hui; on s'est confié à la direction de ce fil mystérieux qu'elle tient en réserve pour ses fidèles, et cependant le progrès n'en est pas plus vrai. Ce réel qu'on attendait n'aboutit qu'à des controverses sans fin, à des divergences d'opinions interminables, à des affirmations d'une part, à des négations de l'autre, au fond desquelles se trouvent l'ignorance et le doute. Qui ne sent dès lors le vide sous cette science qui s'enfle de mots et de sons ? Ainsi, la méthode expérimentale actuelle, qui n'a jamais pu faire la moindre théorie générale, vous annonce des résultats précis, et l'on n'obtient que des résultats vagues, jamais concluants ; elle vous promet du positif, et vous n'arrivez qu'à des questions sans solution, surtout quand il s'agit de thérapeutique ; elle est sur la voie, dit-elle, des préceptes d'une évidente clarté, et vous ne trouvez qu'un vaste ossuaire d'opinions, de faits, d'arguments opposés, contestables et contestés, mettant à nu notre pauvreté scientifique. Il y a, dit un ancien, dans chacun de nous un *comique* intérieur qui raille la sincérité de nos dévouements, glace par ses sarcasmes nos convictions les plus fermes ; en vérité, il faut croire qu'il y a aussi un bon sens intérieur qui proteste contre notre vanité et nos prétendus progrès, et nous sommes forcés d'avouer que ce n'est pas sans motifs fondés.

Ce que vous blâmez, dira-t-on, n'est pas la bonne méthode expérimentale : cela peut être, mais nous l'examinons telle qu'on l'a faite et nous jugeons de l'arbre par ses fruits. Apôtres du progrès par la méthode expérimentale seule, dites-nous donc les caractères qui la signalent, le *stratum* et le *criterium* qui lui sont particuliers. Une bonne méthode est celle qui, après des recherches nombreuses, après avoir estimé la valeur des faits, coordonné leurs rapports, apporte à la science son tribut de règles, de principes, une doctrine enfin. Mais ici, rien de semblable; en fait de principes, nous vivons encore sur le patrimoine de nos devanciers; bien plus, nous y revenons en beaucoup de choses après nous en être écartés, et l'expérience démontre que c'est une sorte de progrès. Certes, il n'entre dans l'idée de qui que ce soit de blâmer la méthode expérimentale, mais il faudrait s'entendre sur le sens de cette méthode, puis en faire de judicieuses applications. N'avoir foi qu'aux données de l'observation, et d'une observation patiente, infatigable, attentive, scrupuleuse ; se bien garder des généralisations précipitées, ne s'élever au contraire à des principes généraux qu'à l'aide des faits analogues, bien constatés, telle est, selon nous, la véritable méthode

expérimentale. Est-ce la même que celle du vocabulaire actuel? On peut penser et même affirmer le contraire. Il ne suffit pas de crier sans cesse *hosanna* en faveur d'une méthode, de se servir du pouvoir amplifiant de la prévention ; quand on parle, l'essentiel est d'en démontrer la réalité, la fécondité, et c'est ce qui n'a lieu que par les résultats. Tant que ces résultats seront nuls ou de peu de valeur, on peut hardiment assurer que la méthode expérimentale actuelle est un mot, un *flatus vocis*, une prétention, sans la réalité de la chose.

R. P.

(*La suite prochainement.*)

COUP D'OEIL SUR LES INDICATIONS CURATIVES DU CHOLÉRA ASIATIQUE; EFFETS DE LA SAIGNÉE AU DÉBUT DE LA MALADIE.

Par M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

Au moment où le choléra nous menace d'une invasion prochaine, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur sa première agression, de faire un inventaire des moyens employés alors pour le combattre.

La publication de notes que j'ai conservées sur l'épidémie de 1832 me semble offrir un intérêt de circonstance. Je les livre à l'appréciation des médecins, qui ne tarderont pas malheureusement à pouvoir en contrôler la vérité.

Préciser les indications curatives de cette formidable maladie ; faire ressortir les avantages des émissions sanguines contre l'asphyxie qui en est un des principaux éléments, tel sera le but de ce travail (1).

Confessons d'abord notre ignorance absolue *de la cause* du choléra. Toutes les hypothèses plus ou moins spécieuses avancées sur son étiologie, depuis les insectes cholérigènes jusqu'à la perturbation des puissances électriques, toutes sont frappées de nullité au point de vue pratique. La nature du choléra nous échappe, comme celle de la plupart des maladies spécifiques dont nous ne pouvons atteindre la cause, et que nous sommes réduits à combattre dans leurs effets.

Nous n'avons à opposer au choléra aucun moyen préventif. Sa *vac-*

(1) M. le docteur Willemin, dans le travail qu'il a publié (*Bulletin de thérapeutique*, n° du 30 octobre dernier), parle des heureux résultats de la saignée pratiquée pendant la période prodromale du choléra, quand à l'agitation générale se joignent la fréquence et le développement du pouls. Il a même vu la maladie être en quelque sorte enrayée par la saignée, quand déjà les symptômes étaient déclarés. Il rappelle que M. Monneret (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIV, p. 225), dans l'épidémie de Constantinople, a vu souvent la saignée, contre laquelle il était prévenu, produire de bons effets. Ces observations viennent à l'appui de celles que j'ai pu faire dans ma modeste pratique de l'année 1832.

cine est encore à découvrir. Toute sa prophylaxie réside dans une bonne administration de l'hygiène. Cependant si l'on peut déduire de la ressemblance physionomique de deux maladies une analogie de cause, on serait conduit à attribuer aux préparations de quinquina une vertu préservatrice ; car entre la fièvre pernicieuse algide et le choléra asiatique, il y a grande analogie de symptômes. L'expérience peut être tentée sans inconvénient.

Si nous n'avons à opposer au choléra d'autre médication préventive que des soins hygiéniques, nous n'avons pour le combattre d'autres armes que celles que nous fournit la thérapeutique générale. Nous n'avons pas plus de remède curatif que de remède préventif; et quand même ce remède existerait; quand, avec lui, nous pourrions atteindre la cause de la maladie, comme on croit atteindre celle de la syphilis avec le mercure ; en présence de la maladie constituée, nous n'aurions pas moins à nous occuper des désordres matériels qui en sont le pro duit ; car ces désordres, pris isolément, suffiraient pour constituer des états morbides les plus graves. Nous n'avons donc pas à nous occuper de la cause inconnue et peut-être fugitive du choléra. C'est dans les indications fournies par les phénomènes principaux, et les altérations anatomiques, que l'on trouvera les éléments d'un traitement rationnel.

Pour bien saisir ces indications, il est nécessaire de rappeler en peu de mots les principaux traits du choléra.

Les phénomènes dominants sont les évacuations, ou mieux l'exhalation gastro-intestinale, le refroidissement du corps, l'accumulation du sang dans le système veineux, et une asphyxie plus ou moins rapide, une débilitation croissante; des phénomènes nerveux ; dans le sang, soumis à l'analyse, une diminution de l'eau, de l'albumine, de la fibrine, avec déperdition des sels ; une prédominance de la matière colorante, de carbone pur, avec épaississement et consistance plus grande de ce liquide, et diminution notable de son affinité pour l'oxygène, ce qui annule à peu près la fonction respiratoire.

Ces modifications dans la composition chimique du sang sont précisément représentées par les exhalations intestinales, dont le produit est chargé des matériaux qui sont en moins dans ce liquide. La surabondance de carbone étant due à la cessation de l'hématose pulmonaire et à la suspension de la sécrétion biliaire, on conçoit, pour le dire en passant, combien est favorable, d'après cela, la réapparition de la bile dans la matière des évacuations.

Sur le cadavre, abstraction faite des lésions secondaires, ce qui domine encore c'est la surcharge du système veineux ; les veines abdominales sont parfois distendues au point qu'il s'est formé des ecchymoses

sous-péritonéales et sous-muqueuses ; que la muqueuse intestinale a exhalé du sang en nature ; les veines cérébro-spinales, cardiaques, sont distendues comme celles des membres et des poumons, qui sont sujets à un engorgement hypostatique, à une infiltration séro-sanguinolente. La congestion veineuse, en un mot, est la lésion principale et constante ; les autres lésions sont toutes plus ou moins secondaires.

Ayant surtout pour but, dans cet article, de mettre en évidence les bons effets des émissions sanguines, je laisse momentanément de côté, pour ne m'occuper que de la congestion veineuse, les autres caractères du choléra. Après avoir justifié, en théorie et en pratique, la médication déplétive, j'aborderai les autres indications.

1° Au point de vue de l'asphyxie, la saignée est applicable au choléra, dans des limites que je tâcherai de préciser, comme à la plupart des affections dont l'anhématosie avec congestion veineuse est le caractère anatomique.

2° La circulation a d'autant plus de tendance à s'affaiblir, à se ralentir ; l'engouement veineux s'établit d'autant plus facilement que la disproportion entre les *forces motrices* et le liquide à mouvoir est plus grande.

Or, il est évident que, dans le choléra, les *forces motrices* du sang sont affaiblies. Le cœur est impuissant à en soulever la masse, et, comme il participe lui-même à l'asphyxie toujours croissante, il s'affaiblit de plus en plus, et la congestion veineuse augmente.

Pour rétablir entre le *moteur* et le *mobile* un équilibre nécessaire à l'entretien de la vie, il faut proportionner la résistance de l'un à la puissance de l'autre ; diminuer la masse du second, en stimulant l'action du premier ; dégorger les vaisseaux, exciter le cœur.

De la déplétion vasculaire résulte immédiatement le retour des parois veineuses sur elles-mêmes, une circulation plus facile dans les gros vaisseaux, une pression moindre de la colonne sanguine sur le système capillaire, et plus de liberté dans la progression du sang qui le traverse.

Les effets physiques de la saignée sont donc immédiatement favorables au rétablissement de la circulation. Ce n'est pas tout.

3° Les expériences de M. Magendie ont aussi établi l'influence, sur l'absorption capillaire, de la réplétion ou de la vacuité des gros vaisseaux, l'absorption s'exerçant en raison directe de la vacuité, et inverse de la plénitude. En facilitant la circulation capillaire, la saignée favorise aussi l'absorption des liquides ingérés dans l'estomac, et la rentrée dans le sang de son élément de fluidité.

4° L'*exhalation cholérique* peut être considérée comme une hé-

morrhagie gastro intestinale. Or, dans les hémorrhagies, la saignée est souvent le meilleur moyen hémostatique. C'est encore un argument en faveur de cette médication dans le choléra.

5° Le sang accumulé dans les veines est inutile à l'entretien de la vie. Il encombre les organes et s'oppose mécaniquement au libre exercice de leurs fonctions ; on peut même affirmer qu'avec les qualités nouvelles qu'il a acquises, son artérialisation étant plus ou moins complétement suspendue, on peut affirmer, dis-je, qu'il a sur les organes une action délétère, asphyxiante, hyposthénisante. Nouveau motif pour que l'on en diminue la masse, afin de rendre plus facile l'action pulmonaire sur lui.

6° L'épaississement du sang est un obstacle à sa progression. Un des effets de la saignée est de le rendre plus fluide. Ceux qui ont l'habitude de pratiquer la phlébotomie ont dû souvent faire la remarque suivante : le sang coule d'abord épais et avec difficulté ; puis il devient graduellement plus clair et coule par un jet, quelquefois saccadé, vers la fin de l'opération.

7° Les effets *dynamiques* de la saignée, en général, ne sont pas moins favorables à l'emploi du moyen dans le choléra. A la saignée, suivie d'un état syncopal plus ou moins prononcé, succède un état sudoral ; froide d'abord, la sueur ne tarde pas à s'échauffer, le pouls se relève, et l'on voit s'établir bientôt une *réaction* plus ou moins vive. C'est à l'établissement de cette réaction que tendent tous nos efforts thérapeutiques dans le choléra. Le moment qui suit la saignée est favorable à sa production ; elle n'a besoin que d'être excitée, chauffée, soutenue.

8° Parmi les accidents secondaires du choléra, les congestions locales qui se montrent souvent durant la période réactionnelle, sont de ceux dont on a le plus à craindre. On conçoit l'avantage des émissions sanguines pour les prévenir, quand le sang est en stagnation dans le système veineux ; et pour les combattre, quand à l'équilibre rompu entre les puissances circulatoires et la masse du sang doivent succéder, l'action du cœur se relevant, une inégale répartition de ce liquide, et des congestions actives.

9° Mais n'a-t-on rien à craindre d'un état syncopal, succédant à la saignée, chez un malade si profondément débilité ?

A cela je répondrai que la débilitation cholérique n'est pas un effet d'*anémie,* puisque le sang encombre les vaisseaux ; mais bien le produit d'un état asphyxique, et que la perte d'un sang inutile ou même nuisible ne doit véritablement pas avoir de fâcheux résultats.

Si de cette vue théorique j'en appelle à l'expérience , je dirai

qu'ayant souvent pratiqué la saignée chez des cholériques algides, je n'ai jamais vu survenir aucun accident fâcheux, pendant la syncope assez fréquente en pareil cas. Les frictions stimulantes, les vapeurs excitantes dirigées vers les ouvertures nasales; la position horizontale du corps et l'élévation des membres, afin de diriger vers le cœur un peu de sang ramené au centre par son propre poids; les sinapismes, etc., suffisent pour mettre promptement un terme à la syncope; puis vient la réaction.

Mais quand doit-on pratiquer la saignée? *Le plus près possible du début de la maladie.* Il ne faut pas attendre que le pouls soit sufflaminé, la circulation éteinte. Je n'ai jamais hésité à agir quand le pouls conservait encore *le volume approximatif d'une plume de corbeau*, quelle que fût, d'ailleurs, la gravité des autres symptômes. J'ai presque toujours poussé l'émission du sang jusqu'à un commencement de syncope.

Quand, en raison de la faiblesse antérieure du malade, de la prostration cholérique extrême, ou de la répugnance des malades, je me suis abstenu de la saignée générale, j'ai eu recours à la saignée anale ou épigastrique. La première, en vidant le système de la veine-porte, rompt une des conditions de l'exhalation exagérée de la muqueuse digestive. L'autre agit à la fois sur l'estomac, le foie, le diaphragme et le cœur, dont elle décharge les vaisseaux; et elle combat avantageusement un des symptômes les plus pénibles pour les malades, le sentiment de douleur, d'ardeur, de constriction épigastrique. Par suite de cette exonération locale, les organes dont il vient d'être question se trouvent mieux disposés pour rentrer dans leurs conditions d'activité normale.

Mais, dira-t-on, à quoi bon la saignée contre une maladie qui n'est rien moins qu'inflammatoire? — Elle n'est pas inflammatoire, c'est un fait. Mais elle est congestive, et c'est pour cela que la saignée peut avoir des résultats immédiats.

Il est bien entendu que je ne veux pas préconiser la saignée au détriment des autres moyens thérapeutiques. La saignée n'est point une panacée du choléra. C'est un moyen dont la concurrence avec d'autres favorise la *réaction*. Elle atteint un but, remplit une indication; les autres indications restent intactes.

J'en appelle maintenant de la théorie aux faits; me proposant de ne formuler les autres indications qu'après avoir démontré l'efficacité de la saignée.

Mon intention n'est pas, toutefois, de multiplier les observations; je me bornerai à deux seulement, auxquelles j'aurais pu en ajouter plusieurs autres, ayant entre elles beaucoup d'analogie; mais, précisément

en raison de cette analogie, j'ai pensé qu'il suffisait d'en présenter un spécimen. Je dois avouer, cependant, que ces faits ne seraient pas assez nombreux pour servir de base à un relevé statistique, et mettre les avantages de la saignée à l'abri de toute contestation : telle n'est pas du reste mon intention ; les faits que je possède, corroborés d'ailleurs par l'observation d'habiles médecins, qui ont pu récemment étudier le choléra, me donnent confiance en cette médication ; j'appelle sur elle l'attention des praticiens, mais je n'oserais la présenter, quand il s'agit d'une aussi formidable maladie,' comme un moyen auquel on doive recourir sans ménagement ni réserve.

Le premier cholérique auquel j'aie donné des soins lors de l'épidémie de 1832, était un homme de soixante ans environ, fort, pléthorique, sujet aux bronchites asthmatiques. J'ai vu, chez ce malade, les accidents marcher avec une effrayante rapidité ; j'ai vu l'asphyxie s'établir, le pouls s'effiler et la mort arriver, dans l'espace de quelques heures, sans que j'aie osé, devant ce refroidissement glacial, cette prostration extrême, recourir à la saignée, que j'étais cependant tenté de pratiquer.

Plus hardi chez les malades suivants, et prenant pour règle la recommandation du père de la médecine, *remedium melius anceps quam nullum*, j'ai tenté l'emploi des émissions sanguines, et j'en ai presque toujours obtenu de bons résultats.

Les deux observations qui suivent donneront une idée de cette médication.

Obs. I. Mme L., garde-malade, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, sujette à éprouver des accidents inflammatoires tels que rhumes, érysipèles, ophthalmies, avait eu la grippe en 1831.

Elle avait (avril 1832) depuis plusieurs jours une diarrhée séreuse, qui, paraissant d'abord le matin, se renouvelait ensuite le soir, et même plusieurs fois dans la journée, sans coliques.

Elle passa deux nuits près d'un malade, et se fatigua, pendant plusieurs jours, plus que de coutume.

Pleine de courage et d'activité, elle s'effraya peu d'abord du danger de l'épidémie ; cependant, elle ne fut pas sans concevoir quelques craintes, surtout le 7 avril au matin. Elle entendit, ce jour-là, parler d'un jeune homme qui, après avoir eu comme elle le dévoiement pendant plusieurs jours, avait été, la nuit précédente, atteint du choléra. — Son dévoiement augmenta. Je lui conseillai la diète ; un cinquième de grain d'opium toutes les deux heures, de l'eau de riz pour boisson. L'opium n'étant pas supporté par l'estomac, fut discontinué après la seconde prise. Notons ici que, malgré mes conseils et mes instances, Mme L. se nourrit, pendant qu'elle avait la diarrhée, de soupes aux herbes et à l'oignon, de salade, etc. Elle avait même mangé, la veille, une salade de pissenlits. Le matin, elle avait mangé un potage au riz, qui avait passé difficilement.

Le 7 avril au soir, elle va plusieurs fois à la garderobe, est prise de fris-

sons, de vertiges, vomit plusieurs fois ; éprouve de l'anxiété, de la difficulté de respirer ; elle cherche de l'air frais ; tout son corps est froid ; le pouls est presque effacé, d'une lenteur remarquable.

Je la fais placer dans un lit bien chaud ; on la couvre de linges chauds, continuellement renouvelés ; on lui donne du thé pour boisson.

La malade se réchauffe un peu, sent une légère moiteur, passe la nuit sans autres accidents. Mais vers sept heures du matin, le 8, les selles se renouvellent en abondance, les vomissements se reproduisent ; les matières rendues ne sont qu'une eau trouble, *une décoction de riz*. Des crampes se manifestent dans les membres inférieurs. Le pouls, qui s'est un peu relevé pendant la nuit, faiblit de nouveau. Il est lent, donne tout au plus 50 pulsations par minutes. La peau est froide partout. La langue est froide, blanchâtre, humide ; soif vive. Face grippée, paupières enfoncées, bleuâtres ; lèvres bleuâtres. Un pli fait à la peau, pincée entre les doigts, s'efface lentement. La voix est faible et un peu enrouée ; douleur vive au bas du sternum, oppression. (*Saignée de 3 palettes.*) Syncopes répétées, dont je tire la malade en frictionnant la région du cœur, en excitant le nez avec du vinaigre. Cet état dure environ un quart d'heure. Cependant le pouls se relève, s'accélère ; une sueur abondante couvre tout le corps ; un léger état fébrile se prononce. Le dévoiement cesse, mais les vomissements se reproduisent ; les crampes sont plus rares, mais encore assez prononcées. Une demi-heure après, application de douze sangsues à l'épigastre, de sinapismes aux genoux ; pour boisson, du thé chaud. A mesure que la moutarde commence à piquer, la poitrine se débarrasse ; en même temps, les sangsues provoquent un écoulement de sang abondant. Le pouls se relève peu à peu, devient plein, fébrile, la peau chaude et halitueuse. Tous ces moyens sont employés dans l'espace d'une heure, en même temps que l'on couvre le corps de linges chauds.

Une heure après la saignée, une fièvre de réaction, fièvre inflammatoire à pouls large et plein, une sueur abondante existent déjà. Les vomissements ont cessé ; la chaleur est uniformément répandue sur toute l'étendue du corps ; la face se tuméfie et rougit.

Pendant vingt-quatre heures, on entretient cette transpiration au moyen de thé chaud ; on absterge la sueur avec des linges chauds. Des crampes, des bâillements, des pandiculations, se sont montrés à diverses reprises dans la journée et ont cessé le soir ; la nuit, il y a un peu de sommeil.

Le 9 au matin. Tous les symptômes cholériques ont cessé ; la langue est humide, la soif modérée ; pas de douleur épigastrique (les piqûres de sangsues ont coulé la veille jusqu'au soir, fomentées par des cataplasmes émollients). Pas de vomissements ni de selles ; pouls large, mou, d'une fréquence modérée ; chaleur halitueuse générale, bien-être ; face presque naturelle. La teinte bleue des lèvres et des paupières a disparu pendant la réaction fébrile.

On modère la sueur en découvrant un peu la malade. On remplace son linge mouillé par la sueur, par des linges chauds et secs : eau de gomme pour boisson ; de temps à autre une tasse de thé. La journée se passe bien. Le soir, des visites répétées l'excitent à parler. La nuit, le sommeil est agité par des rêvasseries. Du reste, aucun accident.

Le 10. État tout à fait bon. Pas de fièvre ; douce moiteur depuis la veille. Désir de prendre des aliments.

Le 11. L'appétit est très-prononcé ; on donne un peu d'eau de poulet qui fait plaisir et est très-bien supportée.

Les jours suivants, la convalescence se soutient. La guérison est assurée au huitième jour. La malade sort un peu vers le milieu du jour. Pour l'alimentation, elle a passé de l'eau de poulet au bouillon de poulet un peu plus fort, puis aux fécules avec ce bouillon, puis au bouillon de bœuf. Ce n'est qu'au bout de huit jours qu'elle a mangé un peu de poulet et de poisson. Pendant près de trois semaines, quoique bien remise, elle a été sujette à éprouver des lassitudes et à se fatiguer pour la moindre cause.

Les moyens mis en usage ont été les mêmes que chez le malade dont je parle plus bas. Tous deux avaient été pris au début de l'épidémie et avec violence.

La rapidité avec laquelle s'est établie la réaction, après la syncope qui a suivi la saignée, me semble être une preuve en faveur des bons effets de ce moyen. La saignée locale a paru également favorable.

Obs. II. Le nommé B., âgé de quarante-cinq ans, fortement constitué, après deux jours de diarrhée séreuse, est pris de choléra le 24 avril (1832), peu d'instants après l'ingestion d'un morceau de viande et d'une tasse de café au lait.

Après une heure de maladie, je le trouve dans l'état suivant :

Face d'un bleu violet foncé, lie de vin ; la teinte est plus prononcée aux lèvres et autour des yeux. Conjonctives injectées, paupières un peu enfoncées. Froid général, surtout aux extrémités ; crampes violentes. Doigts violacés et un peu ridés. Constriction épigastrique ; oppression ; pas de vomissements. Envies fréquentes d'aller à la selle. Aphonie complète. Surdité ; sensation de froid dans le nez. Extinction de l'odorat. Vue affaiblie. Pouls lent et petit. C'est un choléra au plus haut degré, comparé à tous ceux que j'ai vus dans les hôpitaux et ailleurs. (Saignée de 3 à 4 palettes.) Le sang coule par jet, noir et épais. Syncope de 5 à 6 minutes, qui cède aux excitants extérieurs ; le pouls se relève ; sueur froide abondante. (Sinapismes aux genoux, linges chauds. Thé pour boisson.) Diminution des crampes et autres accidents.

Le 25, à midi (20 heures de maladie), amélioration notable ; cyanose moins profonde ; voix un peu revenue ; la vue, l'ouïe, l'odorat, sont rétablis. Bonne chaleur générale. Il y a des sueurs assez abondantes ; pouls assez développé, un peu fréquent. Quelques vomissements caractéristiques, avec expulsion des aliments pris la veille ; envies de vomir répétées ; pas de selles. Crampes beaucoup moindres. Douleur vive à l'épigastre.

(30 sangsues à l'épigastre, cataplasmes, sinapismes répétés. Boissons gazeuses et glace.)

Écoulement de sang abondant ; sentiment de faiblesse. Fièvre ; agitation la nuit.

Le 26. Face rouge, animée ; teinte moins cyanosée. Chaleur générale très-prononcée, sueurs ; pouls plein, dur et fréquent (110 puls.). Céphalalgie ; quelques vomissements porracés. (Saignée de 3 palettes.) La fièvre diminue ; céphalalgie moins vive. Coloration moins foncée et plus naturelle. Sueurs dans la journée ; nuit encore agitée.

La bande de la saignée s'étant déplacée, une perte de sang assez abondante a lieu dans l'après-midi. — Retour des urines, supprimées depuis l'invasion.

Le 27. Couleur et expression de la figure presque normales; quelques envies de vomir; quelques gorgées de bile. Pouls large, mou (104). Chaleur douce et moiteur. Sensibilité vive à l'épigastre; langue rouge et sèche. (Douze sangsues à l'épigastre; mêmes moyens d'ailleurs; potion opiacée mal supportée.)

Le 28. Coloration naturelle de la face. Langue humide, blanchâtre. Pas de vomissements ni de selles; épigastre moins douloureux. Urines limpides.

Les jours suivants, la maladie va graduellement s'améliorant; la convalescence s'établit franchement. La guérison est plus rapide qu'on ne pouvait l'espérer.

En abrégeant beaucoup les détails de cette observation, je n'ai pu marquer les bons effets des émissions sanguines. Je dois ajouter que l'amélioration a paru constamment liée à la déperdition du sang.

A défaut de la saignée générale, qui n'est pas applicable à tous les cas, soit que l'on ait affaire à un sujet valétudinaire et antérieurement débilité, soit que l'on n'obtienne pas de sang par la phlébotomie, la circulation étant complétement sufflaminée, ou que l'on rencontre une insurmontable répugnance pour ce moyen, les saignées locales, à l'épigastre et à l'anus, promettent aussi de bons résultats. J'ai sous les yeux un certain nombre d'observations de choléra traités de cette manière, et dans lesquels la réaction s'est manifestée après la déperdition d'une certaine quantité de sang. La saignée locale, isolée, ou consécutive à la saignée générale, a toujours paru combattre avantageusement les anxiétés épigastriques; les congestions veineuses abdominales, qui se transforment si facilement en phlegmasie, quand la maladie dure un certain temps.

La saignée, toutefois, malgré d'incontestables avantages, ne suffit pas à tout; dans un prochain article nous examinerons les indications qui naissent des autres éléments de la maladie. LEGROUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA GUÉRISON SPONTANÉE DU CÉPHALOEMATOME. — MÉCANISME DE L'ENKYSTEMENT. — MIGRATIONS DU BOURRELET OSSEUX.

Par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés.

Quel que soit le degré d'innocuité que l'on prête aux divers modes d'opérations proposés pour le céphalœmatome, on ne peut se dissimuler ce fait, qu'aucune de ces opérations n'est à l'abri d'un danger réel, à savoir : la possibilité d'une suppuration dans un foyer aussi considérable que l'est quelquefois le céphalœmatome, et chez un être

aussi débile que l'enfant nouveau-né. Aussi nous croyons-nous autorisé à établir, comme l'un des principes de la thérapeutique du céphalœmatome, que l'opération ne doit être tentée qu'autant que la résorption du sang épanché paraît absolument impossible.

Mais comment déterminer les cas d'application de ce principe, comment poser la limite où la résorption spontanée doit être considérée comme tout à fait improbable, si l'on ne puise de semblables données à l'observation de faits cliniques dans lesquels on a suivi, sans la troubler, la marche naturelle des choses et les progrès de la résorption spontanée, quand elle a lieu? En un mot, il importe, pour porter un jugement en pareille matière, d'avoir analysé le mécanisme de la guérison spontanée.

C'est dans ce sens que mes observations ont été recueillies, et j'en rapporterai une qui met à nu le procédé de l'enkystement du céphalœmatome.

Je commence par faire remarquer que chez l'enfant nouveau-né il est permis de compter sur une très-grande puissance de résorption, et que des épanchements sanguins volumineux peuvent se résorber d'une manière complète.

L'observation que je rapporterai est un exemple remarquable du kyste de résorption du céphalœmatome : le fait a été recueilli dans mon service à l'hospice des Enfants-Trouvés, et j'ai présenté à la Société de chirurgie les pièces anatomiques à l'appui.

La guérison spontanée du céphalœmatome s'accompagne d'un travail organique assez complexe, qui n'a été décrit que d'une manière incomplète et qui porte : 1° sur l'état du bourrelet osseux qui forme anneau autour de l'épanchement, 2° sur l'enkystement de la collection sanguine.

Un mot sur le bourrelet osseux. Ce bourrelet n'est autre chose qu'un anneau plus ou moins irrégulier qui se forme à la limite, ordinairement circulaire, de l'épanchement sanguin. Cet anneau est une production accidentelle, ce n'est pas le simple rebord d'une cavité creusée avec perte de substance dans le tissu de l'os. Ce cercle peut être complet. Dans ce cas, il circonscrit exactement la tumeur, quelle que soit sa forme, et n'est jamais recouvert par elle. Quelquefois même la plaque osseuse s'avance peu à peu entre le péricrâne et la tumeur, et la recouvre complétement.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner la cause et le mécanisme de la formation de ce bourrelet osseux. Toutefois, je ne puis m'empêcher de rappeler une opinion que j'ai émise il y a longtemps, et qui diffère de celles généralement adoptées sur ce sujet.

Je ne discuterai pas l'opinion qui envisage l'existence du bourrelet comme liée à une déperdition de substance de l'os sur le quel siége le céphalœmatome, pas plus que celle qui attribue la dépression cupulaire de l'os, à ce que le sang épanché agit sur le crâne à la manière d'un moyen de compression qui en entrave le développement dans un point, tandis que les parties environnantes continuant à se développer, paraissent faire un relief dû à l'arrêt de développement de la partie déprimée.

Mais parmi les opinions qui supportent l'examen, je dois mentionner : 1° celle qui admet que la formation du bourrelet est due à l'ossification du périoste. Si je n'avais vu maintes fois le périoste passer complétement intact sur le bourrelet, sans y adhérer autrement que d'une manière lâche, fait que, de son côté, M. Valleix a mis en lumière, je pourrais admettre cette théorie que je comprends. Mais d'après ce que je viens de dire, elle est en contradiction trop positive avec les données de l'anatomie pathologique et avec l'observation que je mentionnerai plus tard, pour que je ne la repousse pas.

2° Il me reste à examiner l'opinion qui attribue à une sécrétion exclusivement périostique la formation du bourrelet osseux. Que le périoste prenne part à cette sécrétion, je n'en fais, pour ma part, aucun doute; mais qu'il en soit l'agent exclusif, voilà ce que je ne puis admettre. Non pas qu'aucun principe de saine pathologie répugne à l'admission de cette origine de la sécrétion, mais tout simplement parce que son rôle exclusif n'est pas démontré. En effet, que voyons-nous? A la limite de l'épanchement se produit un bourrelet osseux. Si nous considérons ce bourrelet à la manière d'un prisme triangulaire recourbé, nous lui voyons trois faces : l'une qui est en contact avec l'os, une autre avec le périoste, la troisième avec l'épanchement sanguin. Eh bien, d'où peut-on tirer la conclusion que c'est exclusivement le périoste qui a fourni le produit de sécrétion? Pourquoi le tissu osseux lui-même y serait-il étranger? Une sécrétion se produit autour d'un épanchement; cette sécrétion est placée entre le périoste et l'os : comment êtes-vous autorisé à dire que le périoste a seul fourni le produit sécrété? Pour moi, je ne vais pas au delà de ce que l'observation me démontre. Je constate seulement ceci : une sécrétion a eu lieu. Quel en est l'agent producteur? Est-ce l'os seulement? est-ce le périoste seulement? sont-ce les deux tissus à la fois? Je l'ignore.

Ce que je me borne à conclure, c'est que partout où existe, au contact d'un os, un travail phlegmasique, il se produit une sécrétion ossifiable. Affirmer qu'elle est exclusivement due au périoste, me paraît une proposition dénuée de preuve rigoureuse. Ce qu'on peut dire, c'est

que partout où une cause d'irritation agit sur le tissu des os, il se déclare à la limite du mal ou dans son voisinage, un molimen, un travail de production osseuse, travail constant dans son origine qui est une irritation des os, mais quelquefois aveugle dans ses tendances, puisque s'il est bienfaisant quand il a pour effet la consolidation des fractures et la réparation des pertes de substance aux parois des cavités osseuses, il s'exerce d'une manière moins intelligente quand il détermine l'ankylose à la suite d'une luxation, ou bien quand il entoure un séquestre qui doit être éliminé de l'organisme.

Le fait le plus extraordinaire peut-être de la guérison spontanée du céphalœmatome est la résorption et la reconstitution successive du cercle osseux faisant anneau autour de l'épanchement.

D'après mes remarques, ce cercle osseux, à mesure que l'épanchement sanguin se résorbe et qu'il occupe moins d'espace, suit dans sa marche rétrocessive la réduction des dimensions de l'épanchement ; c'est à dire que si, au début, le cercle osseux entourait un espace égal en diamètre à celui d'une pièce de 5 francs, il ne présente plus, quand l'épanchement est en grande partie résorbé, que les dimensions de la circonférence d'une pièce de 1 franc.

La première pensée qui s'offre à l'esprit quand on cherche à se rendre compte de cette diminution du cercle osseux, c'est que celui-ci a éprouvé un retrait, une sorte de concentration sur lui-même, par un mode de déplacement dont, à la vérité, on ne comprend guère le mécanisme.

Mais ce n'est point ainsi que s'effectue cette remarquable partie du travail de la guérison spontanée. A mesure que l'épanchement sanguin diminue suivant son épaisseur, et suivant les diamètres de l'emplacement qu'il occupe à la surface de l'os, il se fait une résorption graduelle des molécules osseuses à la grande circonférence ou circonférence externe du bourrelet, et, coïncidemment à cette résorption excentrique, il se fait une addition successive de molécules nouvellement sécrétées à la partie interne ou petite circonférence de l'anneau. Cet anneau se reproduisant à son périmètre intérieur à mesure qu'il se détruit à son périmètre extérieur, est soumis à un double mouvement simultané de destruction et de reproduction, et suit pas à pas la réduction graduelle des dimensions de l'épanchement.

Un second phénomène de la guérison spontanée du céphalœmatome, c'est l'enkystement de la collection sanguine.

Toutes les fois qu'un épanchement sanguin se forme dans un point de l'organisme, pour peu qu'il y séjourne quelque temps, on le voit, même dans les tissus qui sont le moins aptes à ce genre de travail

organique, on le voit s'enkyster; c'est à dire qu'une enveloppe vivante, à parois distinctes des tissus au sein desquels s'est produit l'épanchement, se forme de toutes pièces autour du liquide épanché, et l'isole dans une enveloppe, dans une sorte de capsule spéciale. Longtemps on a cru que le tissu cellulaire des organes était la condition obligée et le moyen d'enkystement. Mais l'observation a appris que la lymphe organisable qui se produit dans toute solution de continuité est bien plutôt l'élément productif de la membrane du kyste.

Ce travail de séquestration des épanchements se produit pour le céphalœmatome, aussi bien que pour tout autre épanchement sanguin. Si, dans les premiers jours, l'interposition du sang au périoste et à l'os est directe et sans intermédiaire, au bout de quelque temps une couche organique de nouvelle formation sépare d'un côté l'os de l'épanchement, de l'autre, celui-ci du périoste. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que celui des deux feuillets qui est appliqué contre l'os prend le caractère du tissu périostique; c'est la même consistance, le même aspect, la même couleur, la même épaisseur. C'est là un point qui n'a été que très-imparfaitement étudié jusqu'ici, si même il l'a été.

L'histoire anatomico-pathologique et la thérapeutique du céphalœmatome ne nous ont point encore dit leur dernier mot, et plus d'une question sur ce sujet demande encore, avant d'être résolue, de nouveaux documents. C'est comme pouvant jeter quelque lumière sur cette curieuse affection que je rapporte le résumé suivant d'une observation recueillie à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Un enfant nouveau-né, exposé à la crèche, fut apporté à la salle des ophthalmies, pour une ophthalmie purulente avec pseudo-membranes, affection dont il fut débarrassé en quelques jours. Cet enfant présentait sur le pariétal droit une tumeur fluctuante, que je reconnus au premier examen pour un céphalœmatome.

Je résolus d'épargner toute opération à ce petit malade qui était très-faible, et d'observer la marche de la résorption ou de l'ouverture spontanée de la tumeur, suivant ce qui adviendrait. Au bout de six semaines, le céphalœmatome, qui avait au début le volume d'un œuf de poule, avait sensiblement diminué, et ne présentait plus que les dimensions d'une petite noix. Pendant tout le temps que s'effectuait cette réduction graduelle et appréciable de semaine en semaine, nous observions que le bourrelet osseux qui, dans le principe, mesurait les diamètres d'un œuf de poule, suivait le retrait progressif des dimensions de l'épanchement. Lorsque celui-ci se fut complétement effacé à la surface du cuir chevelu, et qu'une forme régulière eut remplacé la bosse considérable et fluctuante primitivement formée par le céphalœmatome, on trouvait encore des vestiges du cercle osseux et un point dépressible sur lequel nous reviendrons. La partie la plus saillante du cercle se trouvait près du bord supérieur du pariétal. L'enfant ayant succombé à la suite de vomissements et de diarrhées prolongés, notre attention, à l'autopsie, se porta principalement sur les ves-

tiges que pouvait avoir laissés le céphalœmatome, à la disparition duquel nous avions assisté du vivant du petit malade.

Avant d'enlever le cuir chevelu, des pressions exercées sur les différents points de la voûte du crâne, et notamment dans le lieu où avait siégé la tumeur, nous firent percevoir dans ce dernier point une sensation singulière. Lorsque l'extrémité du doigt exerçait une pression forte sur ce point, une dépression se produisait, suivie d'un retour brusque par élasticité, de manière à donner la sensation d'un os très-mince et flexible, qui, déprimé un instant, se redressait aussitôt.

Je commençai par enlever le cuir chevelu avec la précaution de laisser le périoste parfaitement intact. Le seul fait digne d'attention pendant ce décollement, c'est que les adhérences celluleuses qui unissent l'aponévrose épicrânienne au périoste présentaient, dans le point correspondant au céphalœmatome, plus de sécheresse et de résistance au décollement que dans tout autre point.

Je procédai ensuite au décollement du périoste lui-même, et pour cela, je sectionnai sur trois côtés et près des bords du pariétal droit le périoste de cet os. Après l'avoir décollé vers les bords avec le manche du scalpel, je continuai à le détacher du reste de la surface de l'os par une traction douce. Le périoste, très-peu adhérent sur presque toute la surface de l'os, le devenait un peu plus au niveau du lieu d'emplacement du céphalœmatome, et cela dans une étendue à peu près égale à celle d'une pièce de 2 francs. Cette adhérence, quoique plus prononcée qu'en aucun autre point, se détruisit avec une régularité parfaite et sans que le périoste fût intéressé en quoi que ce soit. Il passait donc intact et complet, sans aucune altération dans sa texture et son épaisseur, sur l'ancien foyer du céphalœmatome. Ce foyer lui-même présentait les dispositions suivantes :

Une lame fibreuse très-épaisse, d'apparence semi-cartilagineuse, servait de couvercle au foyer. Elle avait pour limites et pour points d'implantation le léger relief formé par le cercle osseux réduit à des dimensions très-peu considérables. C'est cette lame dont la dépression momentanée par le doigt était suivie d'un redressement brusque et subit. Cette lame fibreuse ayant été détachée dans une partie de sa circonférence et renversée sur elle-même, laissa voir l'intérieur d'un foyer contenant encore un peu de liquide de couleur jaune d'ocre, légèrement trouble. La quantité était égale au contenu d'une petite noisette. Ayant soumis à quelques lotions cette matière jaunâtre, nous reconnûmes qu'elle était séparée du tissu osseux par une lame périostique de nouvelle formation. Le résidu de l'épanchement sanguin était donc engaîné entre deux lames fibreuses, l'une externe très-épaisse, l'autre profonde, faisant fonction de périoste. L'espèce de kyste formé par les deux lames, qui se confondaient l'une avec l'autre au bourrelet osseux, et qui renfermaient entre elles deux le résidu liquide du céphalœmatome, était recouvert à la manière d'un surtout par le périoste primitif qui restait ainsi complétement étranger à la composition du kyste.

Cette disposition, qui nous montre le périoste devenu étranger au contact du sang épanché, lequel est contenu dans un kyste propre et reste séparé de l'os par une lame périostique de nouvelle formation, diffère complétement de ce qui est mentionné dans les descriptions des auteurs les plus estimés. Cela tient sans doute à ce que ces auteurs n'ont observé que

des céphalœmatomes trop récents pour présenter l'enkystement, ou assez anciens pour que le périoste eût repris sa disposition primitive à l'égard de l'os.

Je terminerai ce travail en rappelant, pour les réfuter, les conclusions que plusieurs auteurs ont admises sur le céphalœmatome et son mode de guérison : j'exposerai ensuite celles que j'ai cru devoir déduire des faits observés par moi.

On a admis :

1° Que la formation du bourrelet osseux est l'œuvre exclusive du périoste. Cela n'est nullement démontré.

2° Que le péricrâne décollé par l'épanchement s'ossifie à sa surface intérieure. — Le périoste ne s'ossifie pas : il se forme entre cette membrane et l'os une production osseuse nouvelle, mais aucune partie de l'épaisseur du périoste ne devient le siége de la transformation osseuse.

3° Qu'au fur et à mesure que le sang extravasé est absorbé, le péricrâne ossifié se rapproche de l'os et finit par s'unir intimement à lui. — C'est toujours la même supposition de l'ossification du périoste, supposition dont je n'admets pas la justesse. Et puis, quant à la réadhésion du périoste antérieurement décollé par l'épanchement, je dirai que ce n'est pas avec cette simplicité que se passent les choses. Il y a enkystement préalable du foyer sanguin, et c'est une période dont on ne semble pas se douter.

Voici maintenant les conclusions qui me paraissent devoir se déduire des faits que j'ai observés :

1° L'épanchement sanguin du céphalœmatome, quand ce dernier n'est pas troublé dans sa marche naturelle par l'ouverture de la tumeur, s'enkyste au moyen de deux membranes de nouvelle formation, l'une, qui se forme entre l'épanchement et l'os, l'autre entre l'épanchement et le périoste.

2° Le feuillet qui sépare l'épanchement de l'os prend l'aspect et le caractère d'un véritable périoste.

3° Le bourrelet osseux du céphalœmatome diminue en diamètre, au fur et à mesure de la diminution de l'épanchement.

4° La migration concentrante du bourrelet osseux s'accomplit par la double action simultanée d'une résorption à la circonférence externe, et d'une reproduction concentrique à la circonférence interne du bourrelet.

5° On ne doit opérer que les céphalœmatomes qui se montrent tout à fait au-dessus des ressources de l'organisme quant à la résorption spontanée.

6° La chance de produire une suppuration dans le foyer du cé-

phalœmatome, maladie qui, par sa nature, ne comporte pas nécessairement ce travail pathologique, doit rendre très-circonspect dans l'emploi des procédés opératoires, dont aucun n'est à l'abri de cette conséquence.

7° Chez l'enfant nouveau-né, il est permis de compter sur une grande puissance de résorption, et des épanchements sanguins volumineux peuvent se résorber d'une manière complète.

Note du rédacteur. Pour compléter ce travail intéressant de M. Chassaignac, nous devons mentionner le procédé à suivre lorsqu'on est forcé d'ouvrir ces bosses sanguines. Ordinairement le céphalœmatome se résorbe pendant les six premières semaines de la vie, en suivant la marche que décrit notre habile confrère ; lorsqu'il dépasse ce terme, quelquefois il se forme un kyste séreux, contenant un liquide roussâtre, rouillé, semblable à celui qu'on observe à l'intérieur des kystes qui se montrent aux mamelles à la suite des contusions ; mais le plus souvent l'épanchement sanguin persiste, le kyste s'enflamme, s'abcède, amène la fièvre et la nécrose du crâne.

Dans ces circonstances, il importe donc de prévenir par une opération ce résultat toujours funeste. Or, quel procédé suivre? C'est ce qu'il faut établir, car il y a des chirurgiens qui donnent à ces tumeurs un coup de bistouri, sans s'inquiéter de ce qui peut arriver après. A la suite de l'ouverture des céphalœmatomes, deux dangers sont à éviter : l'apparition d'un érysipèle et la formation d'un abcès. Voici la pratique qui, suivant M. Trousseau, met le plus sûrement à l'abri de ces deux redoutables accidents : « Avec un bistouri étroit, tenu comme pour couper de dedans en dehors, on fait à la partie inférieure de la tumeur une ponction ; on presse pour en extraire le sang qui y est contenu ; on tâche de la vider complétement. Cela fait, et pour empêcher l'introduction de l'air, qui pourrait produire des accidents inflammatoires, on établit la compression. C'est une chose bien simple : on se sert de bandelettes de diachylon larges de douze à quatorze millimètres, d'une longueur telle qu'elles aillent d'une joue à l'autre. Le premier chef est appliqué en serrant fortement sur le milieu de la tumeur. La seconde bandelette est placée en croix sur la première, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait couvert toute la tumeur. Cela fait, d'une large bande faites un tour autour du front, tirez en bas sur les bandelettes, et faites un second tour de bande ; coupez alors les bandelettes à un centimètre au-dessous du bord inférieur de la bande, relevez les bandelettes, et faites un troisième tour de bande. Il est impossible, après que tout est ainsi vigoureusement comprimé, que l'air puisse s'introduire dans la tumeur ; et si, huit à dix jours après, vous ôtez l'appareil, tout

a disparu. C'est une chose très-simple, elle ne demande pas beaucoup d'habileté chirurgicale, mais elle guérit, et c'est l'essentiel.

UN MOT SUR QUELQUES DIFFICULTÉS NATURELLES QUE L'ON RENCONTRE DANS L'OPÉRATION DU CATHÉTÉRISME.

Le cathétérisme, tout facile qu'il paraisse, n'en est pas moins une de ces opérations qui embarrassent souvent le praticien. Les obstacles qui peuvent s'opposer à l'expulsion des urines sont de deux sortes : tantôt une oblitération plus ou moins complète du canal de l'urètre, et celle-ci ne se produit jamais d'une façon soudaine ; tantôt la perte de la contractilité de la vessie ; cette cause de la rétention d'urine est celle qu'on observe le plus souvent.

Phénomène symptomatique d'affections diverses, la paralysie de la vessie vient souvent compliquer, d'une manière inopinée, le traitement d'une affection de la moelle, d'une fièvre avec stupeur prolongée, etc. Dans ces circonstances, le cathétérisme constitue une opération d'urgence que le praticien doit être apte à pratiquer sans pouvoir jamais, par son inhabileté, aggraver l'état de son malade.

L'habitude est beaucoup dans les opérations manuelles ; or, comme on ne peut faire naître à volonté les occasions de l'acquérir, c'est aux données anatomiques qu'elles comportent à venir y suppléer. Aussi est ce dans le but de rappeler ces données importantes que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs deux figures tracées par le crayon intelligent de notre confrère le docteur Phillips, en les accompagnant de quelques-unes des remarques pratiques très-judicieuses que nous avons entendu émettre par cet habile praticien dans le cours sur les maladies des voies urinaires qu'il professe à l'École pratique.

On conseille généralement de faire coucher le malade sur le bord gauche du lit, afin que le chirurgien puisse manœuvrer de ce côté. Il est vrai que, dans cette position, l'opération est plus facile à exécuter ; mais, dans certaines circonstances, on doit se résoudre à opérer de quelque côté que le malade soit couché.

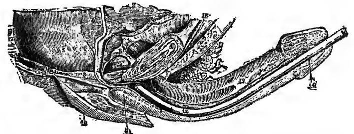
S'il s'agit de faire un cathétérisme exploratif, on peut placer le malade de la manière la plus avantageuse au chirurgien ; mais, dans les cas de rétention d'urine, lorsque le malade est en proie depuis longtemps à de vives douleurs, il y aurait de l'inhumanité à le faire déplacer afin de rendre plus faciles les manœuvres de l'opération. Il faut donc le laisser dans la position qu'il occupe.

Le chirurgien cherchera à oublier les descriptions données sur la manière de tenir la sonde ; il n'aura pas toujours en vue la *plume à*

écrire, parce que, si l'instrument était tenu de cette façon, il ne pourrait pas entrer dans le canal ; il n'allongera pas aussi la verge, de manière à former un angle droit avec l'axe du corps, parce que le canal trop tendu augmentera les résistances en multipliant les points de contact avec la sonde; il s'inquiétera peu d'écarter le prépuce avec le pouce ou l'index, plutôt qu'avec le pouce et le médins. Mais l'opérateur, tenant la sonde de la manière qui lui est la plus commode et la plus familière, écartant le prépuce afin de découvrir le méat urinaire, n'importe avec quels doigts, il introduira la sonde d'une manière moins classique, moins chirurgicale peut-être, mais certainement plus facile. La sonde ne doit pas être posée dans la ligne médiane en commençant; quelques sujets ont le ventre-saillant, ou la courbure antérieure de l'urètre très-forte; la sonde, dans cette position, produit des frottements sur la paroi supérieure du canal, et son passage est douloureux. On se crée de grandes facilités en la plaçant dans la direction du pli de l'aine, et en la maintenant ainsi jusqu'à ce que son bec ait accroché la symphyse du pubis.

On ne peut recommander assez souvent aux jeunes praticiens d'agir lentement, très-lentement ; habitués à voir les maîtres exécuter *brillamment* le cathétérisme, ils se persuadent vite que cette opération n'est qu'un *tour de main*, et ils n'ont pas assez la conviction que, si elle donne des résultats immédiatement utiles lorsqu'elle est bien faite, elle produit aussi des accidents très-graves lorsqu'une main inexpérimentée n'a pas su éluder les difficultés naturelles qui existent dans les voies urinaires.

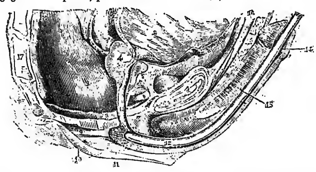
Parmi ces obstacles naturels, il faut d'abord citer la symphyse du pubis (¹).



Lorsqu'on doit sonder un sujet gras, il est impossible de placer le cathéter dans une position verticale qui permette le passage du bec sous la symphyse. Le pavillon étant repoussé en avant par la saillie de l'abdomen, tient le bec de l'instrument trop relevé contre la paroi supérieure du canal pour lui permettre d'atteindre le bulbe ; si on abaisse

alors le pavillon, le bec vient buter contre la symphyse (12), et la sonde est arrêtée dans sa marche. Si l'instrument n'est pas bien tenu entre les doigts, le bec pivote sur l'obstacle et le pavillon se renverse. C'est ce qui a souvent été pris pour l'effet du rétrécissement spasmodique. Lorsque l'opérateur est prudent, le mal n'est pas grand; il faut seulement recommencer la manœuvre; mais lorsqu'un praticien, dominé par les idées qui ont eu cours naguère encore, lorsqu'il veut faire du *brillant* et employer la force, il fera inévitablement une fausse route en ce point.

Il est facile d'éviter cet obstacle, en plaçant le cathéter dans la direction du pli de l'aine, et en l'y maintenant jusqu'à ce que son bec soit engagé sous les pubis, pour atteindre le bulbe (11).



Le cul-de-sac du bulbe est encore un autre obstacle naturel, il augmente en raison des efforts qu'on fait pour le franchir, si on n'est pas dans la bonne direction. Il dépend de la grande élasticité des tissus de ce renflement et de sa position fixe au-dessous de l'aponévrose moyenne du périnée.

Lorsque l'extrémité du cathéter est arrivée dans cette dépression, il faut la retirer un peu vers soi et abaisser très-lentement le pavillon : pour ne pas avoir eu cette précaution, des praticiens, continuant à vouloir faire entrer l'instrument, ont fait des fausses routes jusque dans le rectum.

On voit aussi, dans ces moments d'embarras, des chirurgiens qui cherchent à diriger la marche du cathéter, soit en poussant sur le périnée, soit en introduisant le doigt dans le rectum. Ces manœuvres sont inutiles et nuisibles. Il est d'abord fort difficile de préciser avec les doigts, à travers les tissus, la direction que *va prendre* le cathéter. Quant à celle qu'il a prise, si on la reconnaît, on constate un fait accompli; ainsi, par exemple, si une fausse route est faite, on en connaîtra l'existence en supposant que le doigt puisse servir à

la dévoiler ; mais il est impuissant à la prévenir, à l'empêcher.

Si la pression exercée au périnée sur la courbure de la sonde est trop forte, le bec, dirigé en avant, peut contondre et perforer la paroi antérieure du canal.

C'est donc une manœuvre dont il faut toujours s'abstenir, parce qu'elle ne peut pas aider ceux qui n'ont pas la grande habitude de cette opération, et parce qu'elle peut être la cause d'accidents graves.

Chez quelques sujets, il y a encore un troisième obstacle naturel. C'est dans la région prostatique.

Le sillon qui existe sur la paroi postérieure de la prostate est quelquefois très-profond de sorte que, son extrémité vésicale, en se recourbant en haut, forme en avant du col de la vessie une saillie qui empêche la sonde de passer. Chez les vieillards, cet obstacle est très-fréquent : il est le produit de différentes altérations décrites par M. Mercier (1), et dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Pour faire arriver la sonde dans la vessie, lorsqu'elle est arrêtée à cet endroit, il faut amener un peu à soi le pavillon, et l'abaisser avec lenteur jusqu'entre les cuisses du malade, dans la direction d'une ligne presque parallèle à l'axe du corps. Cette inclinaison forcée produit de la douleur par la pression qu'elle exerce sur la paroi inférieure du canal, au niveau du ligament suspenseur de la verge ; c'est afin de rendre cette douleur moins sensible, qu'il faut agir avec une extrême lenteur.

On s'est aussi préoccupé des courbures des sondes. Il ne peut être question ici que des instruments employés pour le cathétérisme dans les voies saines, sans aucune altération ni déviation.

La courbure la plus généralement applicable est celle qui, occupant le tiers de la longueur de l'instrument, représente une portion de cercle dont le rayon a six centimètres de long.

En prenant les précautions qui viennent d'être exposées, en agissant avec lenteur, et en employant la sonde dont la courbure est ci-dessus indiquée, on évitera *toujours* les obstacles naturels du canal, et le cathétérisme à travers les voies urinaires, à l'état normal, devient une opération facile à exécuter, et à l'abri de tout accident.

B.

(1) *Les valvules du col de la vessie* ne se rencontrent pas seulement chez les vieillards, mais elles s'observent encore chez des individus d'un âge beaucoup moins avancé. Nous publierons prochainement un travail sur ce sujet, avec gravures. (*Note du rédacteur.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVELLES REMARQUES SUR LE CHLOROFORME, SES ADULTÉRATIONS ET MOYENS DE LES RECONNAÎTRE ; EAU CHLOROFORMISÉE.

Assez souvent, après l'enthousiasme causé par l'introduction d'un agent thérapeutique présenté comme médicament de grande valeur, succède un abandon complet, soit que réellement ce nouvel agent ait été trouvé n'offrir que des avantages négatifs, soit que, par une expérimentation mal dirigée, ses insuccès, les accidents causés par lui, le fassent honnir en proportion même de l'éclat avec lequel il a d'abord été présenté.

Pour quelques-uns, le chloroforme se trouve ou devrait se trouver dans cette dernière catégorie. Pour d'autres, au contraire, incomparablement plus nombreux, et parmi lesquels nous nous rangeons, cet agent n'est pas encore assez apprécié, en raison des nombreuses applications thérapeutiques dont il a été déjà l'objet et de celles que l'on entrevoit encore ; en un mot, il nous paraît devoir donner plus qu'il n'avait promis tout d'abord. En effet, à part son emploi capital, comme anesthésique général ou partiel dans la pratique des opérations chirurgicales, il a déjà été appliqué avec succès à des cas pathologiques assez variés ; les inhalations ont servi à la réduction des hernies, à calmer les accidents nerveux du tétanos, de la chorée, de l'éclampsie ; en inhalations légères par le nez, ou en compresses, mêlé à de l'eau, il a fait cesser des céphalalgies intenses ; quelques gouttes dans une potion ont fait tomber le hoquet, l'oppression asthmatique, divers états nerveux, certaines insomnies. Des lotions d'eau chloroformisée, dont nous parlerons plus loin, apaisent le prurit dartreux. Mais nous nous écartons de notre rôle, nous ne devons parler du chloroforme que sous le rapport chimique et pharmacologique.

Si quelques médicaments chimiques, sans perdre leur maximum d'activité thérapeutique, peuvent être dans un certain degré d'impureté, ce ne sont que des exceptions ; les médicaments exigent, en général, un grand état de pureté, et le chloroforme peut-être plus qu'aucun autre. La moindre adultération par l'alcool, le chlore, etc., d'après beaucoup d'expérimentateurs, fait dévier son action d'une manière déplorable, du moins en tant qu'agent anesthésique. D'après cette considération, nous avons pensé qu'il serait important de faire connaître aux praticiens, rassemblés dans un même article, les moyens propres à constater la pureté du chloroforme.

Nous ne reviendrons pas sur la préparation du chloroforme ; nous

avons publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1) un procédé qui ne nous paraît pas avoir encore été dépassé sous les rapports du rendement et de la qualité du produit.

Grâce aux améliorations apportées au procédé primitif d'obtention, et à une fabrication plus en grand, le prix du chloroforme a singulièrement diminué de ce qu'il était d'abord ; néanmoins ce prix est encore assez élevé pour que les falsificateurs trouvent avantage à lui ajouter des substances étrangères ; ou que des fabricants peu scrupuleux livrent au commerce du chloroforme plus ou moins incomplétement purifié. D'autre part, les procédés de préparation étant différents, quelques-uns peuvent donner, à l'insu du fabricant, un produit impur. Par tous ces motifs, il serait bien à désirer que les pharmaciens préparassent eux-mêmes leur chloroforme, ou que ceux qui sont dans l'impossibilité de s'occuper de ce soin ne l'admissent pas dans leur officine sans l'avoir soumis à l'examen chimique.

Une autre source d'impureté du chloroforme, que nous ne devons pas oublier de signaler, existe dans la décomposition spontanée de ce produit, décomposition que nous avions constatée de notre côté, pendant que M. Morson, pharmacien distingué de Londres, la constatait du sien. Sous l'influence de l'air et de la lumière, le chloroforme s'altère, en donnant naissance à de l'acide hydrochlorique ; alors il rougit le papier bleu de tournesol, et donne avec un soluté d'azotate d'argent un précipité blanc de chlorure d'argent. En outre de l'acide hydrochlorique, M. Morson signale la présence du chlore qui se dégagerait de la combinaison, et resterait libre dans le liquide, auquel il communiquerait la propriété de décolorer le papier de tournesol. Mais nous croyons qu'au lieu de chlore, comme le veut M. Morson, il est plus rationnel d'admettre la formation d'acide hypochloreux, et attribuer à ce dernier l'action décolorante sur les couleurs végétales. Cette décomposition spontanée est surtout très-rapide, si le chloroforme est en petite quantité par rapport à la capacité du flacon dans lequel on le conserve.

Le fait de la décomposition spontanée du chloroforme démontre la nécessité pour la pharmacie de conserver le chloroforme dans des flacons en verre bleu ou noir, et le moins possible en vidange. Selon M. Morson, tenu sous l'eau, le chloroforme se conserve bien.

Pour rendre le chloroforme altéré spontanément propre à l'usage médicinal, il suffit de le purifier par la méthode ordinaire.

Les substances étrangères qu'on a rencontrées dans le chloroforme

(1) Voir la livraison de janvier, tome XXXIV, page 43.

sont l'alcool, le chlore, l'acide chlorhydrique, l'acide hypochloreux, l'éther chlorhydrique, l'éther hydrique, des composés de méthyle, l'aldéhyde, l'eau, des substances fixes, qu'elles proviennent d'addition, d'un défaut de soin dans la préparation ou de l'altération spontanée.

Alcool. — Il a été trouvé du chloroforme qui contenait jusqu'à 50/100 d'alcool. L'adultération alcoolique provient soit d'addition, soit d'une purification incomplète; dans tous les cas elle diminue la pesanteur spécifique du chloroforme. Pour la reconnaître, M. Soubeiran a proposé l'emploi d'un mélange à parties égales d'eau distillée et d'acide sulfurique à 66°, mélange dont la densité est de 1,440, lorsqu'il est froid. Une goutte de chloroforme pur versée sur ce liquide le traverse et gagne le fond, tandis que le chloroforme alcoolique flotte à la surface.

Mais ce mode entraîne des chances d'erreur. Si, en faisant l'essai, on agite beaucoup le tout, l'alcool se sépare du chloroforme, qui alors tombe au fond du vase; d'un autre côté, si l'on n'agite pas, les gouttes mêmes du chloroforme pur pourront bien rester à la surface du liquide d'essai. Il y a donc un terme moyen à prendre.

Le chloroforme alcoolique est inflammable.

Mais ces trois modes d'essai peuvent aussi bien se rapporter aux adultérations par les éthers, l'aldéhyde, etc., qu'à celle par l'alcool.

L'épreuve la plus simple, et peut-être la plus concluante pour constater cette adultération est celle indiquée par M. Mialhe. Elle consiste, comme on sait, à verser dans un tube contenant de l'eau une ou plusieurs gouttes de chloroforme. Si ce dernier est pur, il traversera l'eau en conservant sa transparence, tandis qu'impur il deviendra laiteux.

M. Léthéby a eu l'idée de faire servir ce procédé à l'essai quantitatif de l'adultération alcoolique. On verse 30 gouttes de chloroforme dans un tube étroit gradué, on note le niveau du liquide, on ajoute 8 grammes d'eau distillée et on agite le mélange; on laisse déposer pendant une heure ou deux. Le chloroforme se rassemble au fond du liquide, et la quantité dont son niveau a baissé indique la proportion d'alcool qu'il a cédée à l'eau. Mais, selon nous, ce procédé est défectueux, en ce sens que le chloroforme est soluble d'une manière assez sensible dans l'eau, ainsi que nous le démontrerons bientôt plus au long. Ajoutons que, dans ce cas, l'eau étant alcoolisée par l'alcool adultérant, la solubilité du chloroforme en serait accrue d'autant.

Selon M. Léthéby, l'albumine offre aussi un moyen d'essai fort sensible. Le chloroforme pur ne coagule pas le blanc d'œuf, tandis que le chloroforme alcoolique le coagule. Une goutte suffit pour produire cet effet, pour peu que le chloroforme contienne de l'alcool.

Chlore. — La présence du chlore peut avoir des inconvénients encore plus graves que celle de l'alcool. Elle provient de ce que ce corps, en excès dans l'hypochlorite, a passé à la distillation en même temps que le chloroforme, et qu'un défaut complet de purification ou une purification imparfaite l'y a laissé. Le premier, nous avons indiqué, pour le faire découvrir ainsi que le produit suivant, le soluté d'azotate d'argent, qui donne un précipité blanc d'azotate d'argent. Le chloroforme pur, bien que contenant du chlore dans sa composition, ne précipite pas l'azotate d'argent comme le font la plupart des composés chlorés; il réduit seulement le métal de ce sel au bout de quelques heures. Le chloroforme chloré détruit d'ailleurs les couleurs végétales.

Acide hydrochlorique. — Sa présence est très-fréquente. Elle ne peut être attribuée qu'au défaut de soins dans la préparation ou à l'altération spontanée. M. Léthéby a eu à examiner du chloroforme fourni à un hôpital de Londres, qui en contenait 53/100. Il peut être facilement décelé par l'azotate d'argent qui précipite du chlorure, et par le papier bleu de tournesol qu'il rougit.

Acide hypochloreux. — Même origine, mêmes réactifs que le précédent; seulement, après avoir rougi le papier bleu de tournesol, il le blanchit.

Ether hydrochlorique. — Même origine que le précédent. Il sera décelé en traitant le chloroforme par l'eau, et distillant celle-ci au bain-marie. Les premiers produits distillés auront une odeur d'éther chlorhydrique très-reconnaissable.

Ether hydrique. — On a trouvé du chloroforme falsifié par ce produit. On reconnaîtra la fraude par la moindre densité et par l'inflammabilité du mélange.

Aldéhyde. — Elle sera reconnue à son action réductive sur l'oxyde d'argent hydraté, et à la coloration brune que ce liquide prend en chauffant, lorsqu'il est additionné d'un peu de liqueur de potasse.

Composés de méthyle. — Ils sont signalés par M. Léthéby, qui, malheureusement, n'indique d'autres moyens de les découvrir que les accidents qu'ils peuvent déterminer sur l'économie : céphalalgie, prostration générale et rapide.

Eau. — Comme l'éther hydrique, le chloroforme dissout un peu d'eau, qu'on peut lui enlever par le chlorure calcique anhydre.

Substances fixes. Les substances fixes qui y ont été et peuvent y être trouvées, sont celles que le chloroforme peut dissoudre. En chauffant au bain-marie, le chloroforme sera volatilisé, et les substances fixes resteront comme résidu.

La présence de l'alcool, du chlore, de l'acide hydrochlorique, rend compte de la causticité sur la peau de certains échantillons de chloroforme, et explique, en grande partie aussi, les accidents terribles qui ont été signalés dans ces temps derniers.

En résumant les notions que nous venons de donner, les caractères de pureté du chloroforme sont :

1° Une parfaite transparence ;

2° Une entière volatilité ;

3° Une densité de 1,49 à la température de 15° ;

4° Une odeur éthérée spéciale rappelant celle de pomme de reinette, et une saveur éthérée, menthée, et sucrée à la fois ;

5° Une solubilité en toutes proportions dans l'alcool et l'éther hydrique ;

6° De tomber au fond d'un mélange d'eau et d'acide sulfurique à parties égales ;

7° De ne rougir ni blanchir le papier bleu de tournesol.

8° De ne point devenir opalin en traversant l'eau ;

9° De ne point précipiter par le nitrate d'argent ;

10° De ne point coaguler l'albumine du blanc d'œuf ;

11° De ne pas prendre feu par l'approche d'un corps enflammé ;

12° De produire, par le frottement, une simple rubéfaction à la peau, et non une vésication.

Malgré la remarque que nous avons faite dans l'article précité, savoir, que le chloroforme n'était point aussi insoluble dans l'eau que l'avaient avancé les premiers auteurs, qu'il était même assez soluble pour que l'on tînt grand compte de cette solubilité dans le lavage du chloroforme par l'eau, et pour les applications que l'on en pouvait faire ; malgré cette remarque, disons-nous, ceux qui ont écrit depuis sur le chloroforme n'en ont pas moins répété, avec les premiers auteurs, qu'il était insoluble dans l'eau. Disons même que, sur la foi d'un chimiste anglais, plusieurs journaux ont avancé que le chloroforme n'était soluble dans l'eau que dans la proportion de 1/2000.

Nous devons d'autant plus mettre d'insistance à relever cette erreur, qu'elle peut être nuisible aux progrès de la thérapeutique du chloroforme. En effet, il n'y a nul doute pour nous que beaucoup de praticiens eussent déjà tenté son emploi à l'extérieur, et surtout à l'intérieur, dans des cas pathologiques divers, s'ils eussent connu son degré de solubilité dans l'eau.

Nous avons démontré qu'à la température de 15 à 20°, 100 grammes d'eau distillée pouvaient dissoudre 40 gouttes de chloroforme, ou

en poids 1 gramme, les gouttes étant fort petites. C'est donc juste 1/100 de son poids que l'eau dissout de celui-ci. Nous avons établi, sur cette solubilité du chloroforme dans l'eau, une formule d'eau chloroformisée ; mais considérant qu'à la dose maximum de 1/100 le mélange n'est pas suffisamment stable, que du chloroforme peut se déposer par un changement de température, et ensuite que la mixture a une saveur trop forte, nous avons réduit cette proportion de moitié. Nous reproduirons, du reste, cette formule :

Eau chloroformisée.

Chloroforme pur.... 50 centigrammes (20 gouttes).
Eau distillée....... 100 grammes.

Faites dissoudre par une forte agitation.

Pour obtenir une agitation suffisante, il faut avoir la précaution de se servir d'un flacon d'une capacité double au moins du volume du liquide.

On obtient ainsi un soluté parfaitement transparent, d'une saveur tout à la fois sucrée, menthée et éthérée, qui sera trouvée fort agréable par la plupart des malades. L'eau chloroformisée peut être considérée comme préparation officinale.

La cuillerée médicinale étant de 20 grammes, chaque cuillerée contient 4 gouttes, ou 1 décigramme de chloroforme.

En faisant ajouter à ce soluté des sirops appropriés, les praticiens formeront des potions aussi variées qu'ils auront d'indications à remplir dans les limites de la médication chloroformique. L'eau chloroformisée peut être aussi employée à l'extérieur en lotions, embrocations, etc.

Il est bien entendu que les praticiens pourront prescrire, selon les cas, l'eau chloroformisée plus faible ou plus forte ; mais alors ils devront préciser. C'est avec de l'*eau chloroformisée saturée,* c'est-à-dire contenant autant de chloroforme que l'on peut en dissoudre, que le docteur Cazenave est arrivé à faire tomber certains états prurigineux.

Nous avons fait connaître encore, dans l'article précité, la propriété qu'a le chloroforme de dissoudre l'iode, le brome, le camphre, la plupart des alcalis végétaux, les corps gras, les résines, etc. L'eau, dans son mélange avec lui, ne paraît perdre aucunement de ses propriétés dissolvantes, mais, au contraire, y ajouter quelque peu celles de ce produit.

En somme, nous croyons être autorisé à dire que l'eau choloformisée doit, d'ici à quelques années, occuper une large place dans la pratique médicale et pharmaceutique. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE DE M. DEVERGIE SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE EMPLOYÉE CONTRE LE LUPUS.

Dans votre extrait de la Revue médico-chirurgicale sur le traitement du *lupus* par l'huile de foie de morue, je trouve cette phrase :

« Enfin, la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'efficacité de ce traitement, c'est que M. Devergie, qui a pris le service de M. Emery, lors de la retraite de ce dernier, a été en quelque sorte obligé par les malades de ces salles à leur continuer le traitement déjà commencé, et qu'il a pu se convaincre par lui-même des heureux effets de l'huile de foie de morue à haute dose contre le *lupus* rebelle. »

Je dois déclarer cette assertion complétement erronée.

1° Je n'ai pris du service de M. Emery qu'une salle. Il y traitait des hommes, on y a mis mes malades femmes.

2° Dans les mutations de service opérées par l'administration lors de la retraite de M. Emery, mes malades, et mes malades seuls m'ont suivi dans les nouvelles salles qui ont été attribuées à mon service.

3° Je n'ai jamais vu un malade affecté de *lupus*, qui ait été traité par M. Emery au moyen de l'huile de foie de morue.

4° Dès le mois de mai dernier, c'est-à-dire quatre mois avant la publication du travail de M. Emery, je consignais, dans le Journal de médecine et de chirurgie pratique de M. Lucas Championnière, toute la thérapeutique du lupus successivement expérimentée par moi depuis huit ans, et j'y indiquais les succès que j'avais obtenus à l'aide de l'huile de foie de morue employée à haute dose.

Moins absolu que M. Emery, j'établissais que c'était, de tous les moyens employés jusqu'à présent, le meilleur pour combattre cette maladie. Mais je doute qu'il puisse jamais compter des succès dans la proportion que lui attribue M. Emery.

En effet, si on analyse les chiffres qu'il donne à cet égard, on arrive à des résultats presque exceptionnels en thérapeutique pour une maladie si difficilement curable. M. Emery a traité 74 *lupus;* mais le dénombrement de ce chiffre ne fournit que 66 malades : 28 guéris, 12 en grande voie de guérison ; 8 autres phthisiques ; 3 femmes mortes, 3 hommes sortis comme ils sont entrés ; 2 femmes soulagées ; 10 autres malades ne pouvant être comptés, parce qu'ils sont sortis de l'hôpital quinze jours après leur entrée. Total, 66.

Sur ces 66 malades, 10 ne pouvant être comptés, 8 phthisiques, et 3 femmes mortes, probablement d'autre maladie ; en tout 21. 21 de 66

reste 45, chiffre sur lequel M. Emery compte 28 guérisons radicales, 12 malades partis en *grande voie* de guérison ; sur ces derniers, deux ont même été vus, deux ans après, parfaitement guéris. Or, 28 et 12 font 40 : reste donc le modeste chiffre 5, qui comprend 2 femmes *très-soulagées* par l'huile de foie de morue, et 3 hommes sortis comme ils étaient entrés. *Somme toute*, 3 insuccès réels sur 45 malades.

Il n'est pas même question des malades laissés en traitement à l'hôpital lors de la retraite de M. Emery, et qui m'auraient forcé à leur faire prendre l'huile de foie de morue.

Je ne nie pas la statistique donnée par M. Emery, je dis seulement que M. Emery a été placé dans des conditions tout exceptionnelles à l'égard de ces malades, et que le hasard seul a pu amener un pareil résultat.

En effet, j'ai malheureusement encore dans mes salles plus de trois malades qui prennent de l'huile de foie de morue depuis neuf mois ; chez trois d'entre eux la maladie récidive, quoiqu'ils aient pris ou prennent encore de l'huile de foie de morue, et quoiqu'ils en aient obtenu de grands avantages. J'en ai qui sont sortis sans être guéris, malgré une grande persévérance dans l'emploi de l'huile à haute dose.

En thérapeutique, ce qui m'importe surtout, c'est de bien préciser la valeur d'un médicament, afin de ne pas induire les praticiens en erreur, et de ne pas promettre aux malades plus que l'on ne peut tenir.

Il est d'ailleurs d'observation générale qu'il n'y a pas de remède qui guérisse *toujours* la même maladie, parce que cette maladie a des formes variées, dont nous ne pouvons nous rendre compte ; et ces formes, nées de circonstances que nous ne savons apprécier, ont une grande influence sur les résultats d'une thérapeutique donnée. Cette observation s'applique surtout aux maladies de la peau, qui peuvent être simples ou composées, quoique portant le même nom. Pour nous circonscrire dans le lupus, il y en a de deux genres : le lupus tuberculeux qui affecte en profondeur ; le lupus serpigineux, que j'appelle herpétiforme, qui affecte en surface ; dans ces deux variétés, le lupus est ou n'est pas avec ulcération. S'il est ulcéré, on le nomme *exedens*, et si l'ulcération suit une marche rapide, on l'appelle *vorax*.

Eh bien ! je dis que les diverses variétés de formes des lupus sont plus ou moins rebelles au traitement par l'huile de foie de morue. La forme qui cède le plus facilement est celle du lupus non ulcéré, et c'est surtout le lupus non ulcéré serpigineux qui guérit le mieux par l'huile de foie de morue. J'ai en ce moment, dans mes salles, un homme de trente-cinq ans environ, qui, depuis quatre ans, avait un lupus

sur le devant de la poitrine. Il est aux trois quarts guéri depuis un mois de l'usage de l'huile de foie de morue. Les lupus des membres et du corps sont plus accessibles à ce moyen que ceux de la figure. Ainsi, parmi les cas de malades qui sont depuis longtemps traités dans mes salles par l'huile de foie de morue, il en est une qui avait quatre lupus du corps et un de la face. Ce dernier est seul rebelle au traitement, il récidive même.

Bon nombre de lupus tuberculeux limités, de date peu ancienne, peuvent disparaître à l'aide de modificateurs généraux de la constitution autres que l'huile de foie de morue, et de l'application du caustique de Canquoin, dont je fais un grand usage dans ces sortes de cas.

Les lupus herpétiformes ulcéreux sont très-avantageusement et très-utilement modifiés par les applications de l'huile de cade tous les deux jours.

Loin de moi la pensée de contester les bons effets que l'on peut obtenir de la médication par l'huile de foie de morue, parce que je l'ai moi-même préconisée envers et contre toutes les autres médications. Mais ce que je tiens à établir, c'est qu'elle ne saurait être mise en pratique à l'exclusion de tous les autres moyens. C'est ce que j'ai formulé à la fin de mes articles sur le lupus, que je rappelais plus haut. Je disais, en terminant l'appréciation successive de toutes les médications que j'avais mises en usage : « Maintenant, si, après avoir traité isolément des effets de chaque médication, nous rassemblons nos idées pour tracer la méthode thérapeutique qu'il nous paraît le plus rationnel de mettre en pratique, nous dirons qu'au lieu de s'attacher à un seul moyen, il est préférable de s'adresser à un ensemble de moyens, qu'il faut employer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. La médecine ne saurait être exclusive, et de ce qu'un médicament n'est pas assez puissant pour guérir à lui seul une maladie, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse être utile et venir en aide à d'autres moyens plus énergiques et plus efficaces. Voici donc à cet égard les préceptes généraux que j'établirai :

« 1° S'attacher, chez la femme, à entretenir ou à rétablir la menstruation au moyen du sirop d'iodure de fer dont j'ai donné ci-dessus la formule ; 2° donner à l'intérieur l'huile de foie de morue ; 3° des bains sulfureux ou iodés ; 4° toucher fréquemment le lupus, tous les trois jours, par exemple, avec l'huile de cade ; 5° appliquer le caustique de Canquoin sur des turbercules que la guérison isole, mais qui disparaissent difficilement ; sur des ulcérations qui ont de la peine à se cicatriser ; 6° avoir même recours, dans quelques cas, à des pommades légèrement résolutives, ou à des applications d'iode rubéfiant pour modifier des points du mal plus rebelles que d'autres. »

Or, des chiffres donnés par M. Emery il ressort évidemment ce fait, c'est qu'en présence d'un lupus, le médecin n'a d'autre chose à faire que d'administrer *quand même* l'huile de morue. Quel est en effet le médicament qui guérit quarante-deux fois sur quarante-cinq, et qui guérit, dans ce rapport, la maladie de la peau la plus rebelle, peut-être, à tous les traitements?

Tels sont, mon cher confrère, les motifs qui m'ont déterminé à vous transmettre ces quelques observations. Je ne viens pas ici contester à personne la priorité de l'emploi de l'huile de foie de morue, préconisée contre toutes les affections scrofuleuses depuis fort longtemps : ce à quoi je tiens, c'est à ne pas servir de point d'appui à des doctrines que je regarde comme trop exclusives.

A. Devergie,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

BIBLIOGRAPHIE.

Des bains de mer, Guide médical et hygiénique du baigneur, par M. J. Le Coeur (de Caen) ; 2 forts volumes in-8°. Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Les bains de mer sont entrés dans nos habitudes médicales sous l'influence de la mode, ils s'y maintiendront sous le bénéfice de l'expérience. Mais il ne faut pas oublier qu'en toutes choses, entre l'usage et l'abus, il est une mesure, et que ce n'est qu'à la condition de ne demander aux bains de mer que ce qu'ils sont susceptibles de donner, qu'on en obtiendra de bons et utiles effets. L'eau de la mer est l'eau minérale par excellence; aux éléments des eaux minérales les plus riches et les plus actives, elle joint une foule de conditions physiques qui en multiplient et compliquent singulièrement les effets. A ce titre, elle est comme tous les remèdes puissants et héroïques ; elle peut faire beaucoup de bien, mais elle peut aussi faire beaucoup de mal. Il n'est donc pas indifférent, tant s'en faut, de déterminer d'avance les indications et les contre-indications de son emploi. Mais, pour arriver sûrement à la solution d'un pareil problème, il faut, à défaut de la sanction de l'expérience, apporter dans l'appréciation des indications un esprit d'analyse, qui suppose la connaissance préalable des nombreux éléments qui concourent à imprimer à ces bains leur activité spéciale. Tous les médecins connaissent, jusqu'à un certain point, les propriétés générales des bains de mer, et c'est le plus souvent à bon escient qu'ils en prescrivent l'usage ; mais combien en est-il qui soient

en mesure de donner à leurs malades les instructions nécessaires pour régler cet usage? Nous ne craindrons pas assurément d'être contredit par personne, en affirmant qu'il en est bien peu, et nous parlons des plus instruits, qui soient en état de dire quelles sont les différentes plages et variétés du littoral préférables pour les bains de mer ; à quelles époques de l'année il convient mieux de les prendre ; quels sont les moments du jour les plus favorables ; quelle doit être la durée des bains ; dans quels cas il convient mieux de prendre le bain à la mer pleine ou à la mer basse, à la mer calme ou à la mer agitée ; quelles sont les précautions hygiéniques qui doivent précéder et suivre le bain, le régime et la diététique les plus propres à en seconder l'action, etc. Il n'appartient qu'aux médecins seuls qui habitent la côte de formuler à cet égard les règles pratiques capables d'assurer les bons effets des bains de mer. C'est à ce titre que M. Le Cœur, après un séjour de plusieurs années sur les côtes de Normandie, frappé des nombreuses lacunes de nos traités de thérapeutique et de médecine pratique sur ce point, a entrepris de les combler en rédigeant un ouvrage qui, nonobstant son étendue, peut passer pour un véritable manuel et un guide parfait en cette matière. Nous croyons rendre un véritable service à nos lecteurs, en leur signalant les nombreuses questions sur lesquelles ils trouveront dans cet ouvrage les renseignements les plus complets et les plus utiles.

L'ouvrage de M. Le Cœur est divisé en quatre parties : dans la première, il se livre à des considérations sur les bains en général, sur la mer et ses phénomènes variés, sur l'eau de mer et les divers effets de son application au corps humain, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur ; considérations qui constituent, à proprement parler, l'étude du médicament.

La deuxième partie est spécialement consacrée à l'emploi des bains de mer, et aux cas où ils conviennent. Les chapitres qui la composent contiennent les instructions relatives à la manière la plus rationnelle de les prendre et à tout ce qui se rattache à cet objet.

La troisième contient un exposé des règles hygiéniques qui doivent venir en aide à l'action du bain et seconder ses effets. L'auteur s'est surtout proposé, dans cette partie, d'initier le lecteur à certains détails, qui tendent à rendre le séjour du littoral à la fois plus efficace et plus agréable. Puis suivent, dans la quatrième partie, sous le titre de *Variétés,* plusieurs préceptes d'application qui n'auraient pu être méthodiquement placés ailleurs, et quelques aperçus sur le meilleur mode de préparation et de conservation des hydrophytes et des oiseaux de mer (véritable hors-d'œuvre médical destiné à occuper les loisirs du

baigneur). Enfin, M. Le Cœur termine son œuvre par quelques études sur la submersion et par une nomenclature abrégée des premiers secours à administrer dans les divers genres d'asphyxie qu'elle peut occasionner.

Tel est le plan général de ce traité, auquel l'auteur a cherché à imprimer le double cachet d'une œuvre scientifique sérieuse, et d'un livre instructif et agréable ; double but qu'il a parfaitement atteint ; car, en s'efforçant, par l'aisance et la simplicité du style, par l'élégance typographique, par la variété et l'intérêt particulier des sujets qui y sont traités, de rendre la lecture de ce livre accessible aux gens du monde, M. Le Cœur n'a rien négligé de tout ce qui peut en faire une œuvre utile, nous dirons même volontiers indispensable aux praticiens.

En effet, indépendamment d'un exposé analytique des effets hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer, dans toutes les conditions possibles de leur administration, d'une étude approfondie des indications et des contre-indications de leur emploi, les praticiens y trouveront tous ces préceptes d'application, tous ces menus détails pratiques seuls capables d'assurer les bons effets d'une médication simple en apparence, mais en réalité très-complexe. Le livre de M. Le Cœur, en un mot, ne sera pas un guide moins sûr et moins utile pour le médecin, que pour le baigneur lui-même auquel il semble l'avoir plus spécialement destiné.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE TONSILLAIRE (*Sur un nouveau mode d'administrer le calomel dans l'*). Le protochlorure de mercure n'entre habituellement dans le traitement de l'angine qu'à titre de purgatif, et partant à une dose assez élevée. M. Scelle-Mondezert, dans un article publié par le Journal hebdomadaire, en 1830, appelait l'attention des praticiens sur un mode d'action spécial du calomel employé à petite dose et associé au savon médicinal. Administré de cette façon, le sel mercuriel amenait toujours, suivant ce médecin, la résolution de l'amygdalite en un temps très-court. Séduit par la simplicité du traitement, M. René Vanoye a repris l'étude de cette médication passée inaperçue, et les résultats qu'il en a obtenus lui ont paru assez satisfaisants pour les faire connaître.

Voici la formule qu'employait M. Mondezert :

Pr. Calomel.......... 0,30 centigrammes.
Savon amygdalin 4,00 grammes.

F. S. A. 6 pilules à prendre une le matin et une le soir.

Pour rendre le médicament plus facile à avaler par des malades dont l'arrière-bouche est le siége d'une inflammation, M. Vanoye prend soin de faire diviser la masse en douze pilules, au lieu de six ; la dose des pilules est alors de deux matin et soir. Par cette simple prescription, et à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, notre confrère assure avoir guéri un grand nombre de malades affectés d'angines tonsillaires. Chez tous, lorsque le remède avait été administré avant la formation du pus, le gonflement inflammatoire s'est constamment terminé

par résolution, et cela dans un temps beaucoup moindre que celui que durent tous les autres traitements. Comme les faits cités à l'appui des bons résultats de cette médication se ressemblent beaucoup, nous nous contenterons de rapporter le suivant. Une jeune fille de vingt-trois ans, de constitution lymphatique et offrant quelques traces de scrofules, vint consulter, au printemps de 1838, M. Vanoye pour un mal de gorge qui durait depuis environ quatre mois, et qui déjà avait donné lieu à deux abcès. Pour la débarrasser de son mal, on avait employé des gargarismes, des pédiluves, des purgatifs, et une foule de remèdes topiques, qui tous étaient restés sans effet. L'amygdale droite était fortement développée, très-dure, et présentait les traces des abcès dont elle avait été antérieurement le siége. L'amygdale gauche, également enflammée, offrait un moindre développement. M. Vanoye prescrivit immédiatement les pilules de calomel et de savon. Au bout de trois jours, l'amélioration était déjà considérable, et, en moins d'une quinzaine, la guérison était achevée, sans qu'il eût été besoin de recourir à aucun autre remède.

Les bons effets du calomel à dose fractionnée, dans le traitement des ophthalmies, de l'orchite, etc., nous sont un garant de la valeur de cette médication dans les cas d'amygdalites; mais nous pensons qu'on ne doit point se priver de la médication topique, si efficace en ces circonstances, à moins qu'on ne veuille, à titre d'expérimentation, s'assurer de l'efficacité de la préparation mercurielle formulée par M. Mondezert, et en déterminer les indications d'une manière plus précise. Si la pratique ne profite pas plus largement des médications mises en relief chaque jour, cela tient à ce qu'elle accepte seulement ce qu'elle peut employer avec certitude, et que les indications sont généralement ce qu'il y a de moins nettement formulé dans la plupart des travaux publiés. (*Ann. de la Soc. méd. d'émulat. de la Flandre occid.*, août 1848.)

BELLADONE (*Anesthésie remarquable observée à la suite d'un empoisonnement par la*). La science possède de nombreux exemples d'empoisonnement par les baies de la belladone, et par l'extrait préparé avec les feuilles de cette plante. Mais il n'existe pas d'exemple d'empoisonnement par cette préparation si active, connue en Angleterre sous le nom de *liquor belladonæ*, qui n'est autre chose qu'une solution aqueuse de l'extrait obtenu des feuilles de cette plante, et dépouillé de ses matériaux féculents par un procédé particulier. (30 grammes de cette préparation équivalent à 16 grammes de l'extrait ordinaire.) Mais ce qui donne à l'observation suivante un plus grand intérêt, c'est que, malgré la dose énorme de poison qui a été ingérée, le malade s'est rétabli, grâce à un traitement convenable, et que l'on a vu persister, après la disparition des accidents, des phénomènes d'anesthésie très-curieux. Voici le fait. Le portier de l'hôpital ophthalmique de Moorfields, âgé de quarante ans, et affecté, depuis plusieurs années, d'un catarrhe pulmonaire chronique, avait l'habitude de prendre, tous les matins, une infusion concentrée de salsepareille. Le 4 avril dernier, il avala, par mégarde, 15 grammes de liqueur de belladone, qu'il avait confondue, à l'aspect, avec son infusion de salsepareille. Cinq minutes après, il reconnut son erreur, par une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, bientôt suivie de vertiges et de douleurs dans les membres, et sans céphalalgie. Immédiatement, il se rendit, en courant, chez son médecin, qui demeurait à une distance d'environ cent toises, et qui lui conseilla de rentrer chez lui, de boire de l'eau en abondance, en attendant qu'on pût se procurer une sonde œsophagienne. Il rentra chez lui, but de l'eau chaude et vomit abondamment. Bientôt, un quart d'heure environ après l'accident, il perdit connaissance, et tomba dans un délire furieux, tel qu'il fallut plusieurs personnes pour le contenir. On pratiqua le cathétérisme œsophagien, et, à l'aide d'une seringue adaptée à la sonde, on retira une grande portion du poison, qui n'avait pas encore été absorbée. Le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Thomas, dans un état comateux, avec résolution complète de tous les membres; face rouge et gonflée; pupilles largement dilatées; insensibilité complète de la rétine, gonflement considérable des paupières de l'œil gauche, et paralysie de la paupière supérieure du même côté. La respiration était stertoreuse; les batte-

ments du cœur faibles et fréquents ; la déglutition était extrêmement gênée. (Applications froides sur la tête, sangsues sur les tempes ; lavements purgatifs ; en même temps, on soutenait les forces en donnant alternativement une cuillerée d'une potion aromatique et ammoniacale, et une tasse d'infusion de café.) Ces moyens, et surtout l'application des sangsues, eurent une influence très-avantageuse. La connaissance reparut deux ou trois heures après ; mais l'amélioration fut de courte durée. Le malade fut pris d'un délire violent, qui dura tout une nuit, et auquel succéda un abattement profond. (Glace sur la tête, application d'un vésicatoire à la nuque, une goutte d'huile de croton, lavement purgatif, cathétérisme toutes les quatre heures.) Pendant son abattement, le malade conservait un aspect égaré ; les idées étaient confuses ; mais il pouvait tirer la langue. Il voyait assez bien de l'œil droit, et remerciait les assistants de tous les soins qu'on lui prodiguait. Quant à l'œil gauche, la paupière supérieure était toujours gonflée et paralysée ; la conjonctive était injectée et gonflée comme dans le chémosis. La cornée elle-même ne tarda pas à se prendre, et, en quelques jours, on put constater l'accumulation d'un liquide puriforme dans la chambre antérieure de l'œil. Indépendamment de cette ophthalmie, qui nécessita l'application d'un vésicatoire et l'emploi d'un collyre aluné, le malade conserva, pendant plusieurs jours, une anesthésie complète de tout le corps, semblable à celle que produit le chloroforme, et en vertu de laquelle on pouvait pincer, piquer toutes les parties du corps, sans que le malade en eût la conscience. Il est digne de remarque que les hallucinations auxquelles il était en proie pendant son délire étaient toutes de nature agréable : le malade se croyait riche et possesseur d'un hôtel splendide. — Nous appelons principalement l'attention sur cette anesthésie consécutive à l'emploi de la belladone, et sur l'ophthalmie grave, avec paralysie de la paupière supérieure, qui n'avait pas été notée jusqu'à ce jour par les auteurs. MM. Orfila et Christison ont noté seulement la fréquence de l'injection de la conjonctive. Mais, au point de vue thérapeutique, nous devons une mention spéciale à l'emploi du cathétérisme œsophagien et de la pompe stomacale. Il est vraiment à regretter qu'une méthode aussi ingénieuse et aussi facile n'ait pas encore acquis droit de domicile en France, tandis qu'en Angleterre on l'emploie vulgairement dans tous les cas d'empoisonnement où l'on peut soupçonner que l'estomac renferme encore une portion de la substance toxique. (*London medical Gazet*, juin 1848.)

CAMPHRE (*Nouveau véhicule pour tenir le*) *en dissolution*. Le camphre est un médicament très-employé en médecine, et dont l'administration présente assez de difficultés, parce qu'il est à peu près insoluble dans l'eau, et que, lorsqu'on le donne dans les émulsions, ou en solution dans l'alcool, il ne tarde pas à se séparer aussitôt qu'on ajoute de l'eau. M. Murray a fait connaître un moyen de tenir le camphre en solution, moyen qui permet de l'administrer à doses plus élevées, et avec moins de chances d'irritation qu'on le faisait autrefois. Ce moyen n'est autre que la dissolution du camphre dans la magnésie liquide. 30 grammes de magnésie liquide dissolvent 15 centigrammes de camphre ; et la dissolution est telle, que le liquide est parfaitement transparent, et que l'on peut y ajouter de l'eau, sans le troubler et sans précipiter le camphre. Un bon moyen de s'assurer de la quantité du camphre en dissolution, consiste à ajouter au liquide une substance susceptible d'absorber une portion de l'eau, du sel commun sec, par exemple. Immédiatement le camphre se précipite, et l'on peut s'assurer ainsi de la quantité qui se trouvait dissoute. (*Dublin medical Press* et *Monthly journal*, octobre 1848.)

FRACTURE DU RADIUS *par torsion de la main ; nouvelle variété de luxation de l'épaule en haut ou sous-acromio-coracoïdienne*. Une femme, âgée de cinquante-six ans, se fractura le radius gauche de la manière suivante : elle tenait à pleine main, par le milieu de sa longueur, un chandelier avec lequel elle voulait frapper sa fille ; celle-ci, saisissant de ses deux mains les extrémités du chandelier, imprima à la main qui le tenait un mouvement de rotation en dehors. La supination étant impossible, par suite d'une lésion ancienne de l'articulation scapulo-humérale

de ce même bras, le radius se fractura à 9 centimètres au-dessus du poignet. Jusque-là, rien de bien remarquable, si ce n'est un exemple de fracture du radius par un mécanisme rare, et dont la consolidation s'est faite d'ailleurs sans accident particulier et d'une manière régulière. Mais nous venons de dire qu'une lésion ancienne de l'articulation scapulo-humérale rendait le mouvement de supination impossible; c'est cette lésion qui offre un intérêt tout particulier. Voici en quels termes la décrit M. le docteur Avrard, de La Rochelle, à qui nous empruntons cette relation :

Il est indispensable de rappeler d'abord, pour l'intelligence de ce qui va suivre, que la femme qui fait le sujet de cette observation avait fait, à l'âge de vingt-cinq ans, une chute dans laquelle l'épaule gauche avait supporté tout le poids du corps. La conséquence de cette chute fut la perte du mouvement de l'épaule. Vingt-quatre ans plus tard, nouvelle chute, suivie de la fracture de la clavicule. Aux deux époques dont il vient d'être question, l'embonpoint dont était douée cette femme n'avait pas permis de reconnaître l'état et la situation respectifs des parties. A la suite du dernier accident, la malade étant devenue d'une maigreur excessive, M. Avrard put constater l'état suivant :

La clavicule, au niveau de la réunion de son tiers externe avec son tiers moyen, forme un angle à sinus inférieur de 50° environ; le fragment interne est à 3 millimètres environ au-dessous du niveau du fragment externe. La tête humérale occupe l'espace compris entre les apophyses acromion et coracoïde, et la cavité glénoïde, dans laquelle elle ne peut être ramenée. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont très-bornés, et il ne reste dans l'articulation huméro-cubitale, depuis la première chute, que 5 à 6° d'une flexion exempte de crépitation, toutefois sans aucune déformation du coude. Pendant les efforts volontaires ou communiqués de flexion de l'avant-bras, le triceps forme une saillie très-appréciable au toucher, et même à l'œil, sur la face postérieure de l'humérus. La pronation du membre entier peut être portée jusqu'aux dernières limites de l'état normal; mais la supination est impossible. Le bras est pendant sur le côté du tronc, habituellement dirigé en avant, et la main en pronation. L'abduction peut aller jusqu'à 30°, mais non plus loin. Les mouvements spontanés en arrière sont impossibles, et les mouvements communiqués peu étendus et douloureux. Le bras peut être élevé en avant jusqu'à former avec l'axe du corps un angle de 70° environ. Enfin la mensuration donne un raccourcissement de 8 à 10 millimètres.

C'est là un exemple extrêmement rare, sinon unique, de luxation primitive complète en haut, luxation niée par Boyer, et après lui par la plupart des auteurs, et dont les caractères principaux, d'après le fait que nous venons de rapporter, seraient : 1° la saillie de la tête humérale entre les apophyses acromion et coracoïde; 2° la diminution de longueur du membre; 3° abolition des mouvements de circumduction. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1848.)

NÉVRALGIES (*Du traitement des*) *par l'emploi à l'intérieur de l'essence de térébenthine à petites doses.* Home, Cheyne et Pitcairn, médecins anglais, sont les premiers auteurs qui aient indiqué l'usage de l'essence de térébenthine dans les névralgies; Cullen la conseille également, mais dans les cas extrêmes; il faut arriver jusqu'à MM. Récamier et Martinet (Thèse, 1818) pour voir cette médication inscrite définitivement dans la thérapeutique des névralgies, celle fémoro-poplitée surtout. La saveur désagréable de l'essence de térébenthine, les accidents gastriques que provoquent souvent les doses élevées auxquelles cette substance était recommandée dans ces affections, et il faut ajouter les bons résultats obtenus par les médications tonique ou narcotique, ont rarement poussé les praticiens à essayer l'emploi de l'essence de térébenthine dans toutes les névralgies. Un honorable médecin de Lyon, le docteur Leriche, s'est demandé si on n'obtiendrait pas les mêmes succès en abandonnant les doses élevées, qui ont été recommandées jusqu'à ce jour, pour n'employer que des doses beaucoup plus faibles, mais sans descendre aux doses homœopathiques, «que nous regardons, dit ce confrère, comme *un mensonge thérapeutique*. » Les résultats obtenus par M. Leriche sont trop évidents pour ne pas les signaler à l'at-

tention des praticiens. Voici la formule adoptée par ce médecin :

Eau distillée de tilleul.... 100 grammes.
— — de menthe... 15 grammes.
Essence de térébenthine 1 ou 2 grammes.
Gomme arab. en poudre... 5 grammes.
Sirop de capillaire....... 30 grammes.

Prendre de cette potion 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour.

Le nombre des névralgies guéries par M. Leriche avec cette formule est de 21, savoir 1 2 névralgies dentaires; 1 névralgie sous-orbitaire; 1 névralgie occipitale; 4 névralgies cervico-brachiales; 11 névralgies sciatiques, 2 névralgies temporales. (*Union médicale*, octobre 1848.)

PHELLANDRIUM AQUATICUM (*Du*) *employé comme moyen de traitement dans certaines affections de poitrine.* Nous avons rapporté, l'année dernière (voy. nº de décembre 1847), quelques observations dans lesquelles notre confrère, M. Michéa, signalait les bons effets des semences du *phellandrium aquaticum* dans quelques-unes des affections des organes respiratoires, dans les bronchites ou catarrhes chroniques, dans l'asthme nerveux, et même dans la phthisie pulmonaire commençante. M. Sandras, qui avait fait un fréquent usage de cet agent thérapeutique dans sa pratique depuis plusieurs années, vient d'exposer, dans un Mémoire communiqué à l'Union médicale, les résultats de son expérience à cet égard. Nous enregistrons d'autant plus volontiers ces nouveaux résultats, que, tout en confirmant ceux qui ont été annoncés dans nos colonnes, ils nous fourniront l'occasion de préciser avec plus de rigueur les indications de cette médication, ainsi que son mode d'emploi.

Les maladies contre lesquelles M. Sandras a employé cette substance sont les affections pulmonaires tuberculeuses et les catarrhes bronchiques chroniques. La partie de la plante dont il se sert est la semence encore entourée de son enveloppe et pilée, puis incorporée dans du miel ou du sirop de miel. Il combine les proportions du médicament et de l'excipient, de manière à faire avaler, tous les soirs, ou soir et matin, suivant les cas, un gramme de semence de phellandrie. Il n'en donne jamais moins d'un gramme et plus de deux. Ainsi administrée, cette substance, dit-il, ne produit jamais de vomissements; les facultés digestives n'en sont point troublées; elle ne produit aucun désordre dans aucune des fonctions importantes du cerveau ou d'autres organes. Il a vu des malades en continuer impunément l'usage régulier pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, sans aucun inconvénient. Voici maintenant ce qu'il a observé de ses effets thérapeutiques.

Les phthisiques dans un état avancé, c'est-à-dire affectés de fontes tuberculeuses et de tous les dépérissements qui s'ensuivent, n'ont pas plutôt usé pendant une huitaine de jours de la phellaudrie, qu'ils se sentent mieux; ils ont cessé de souffrir, ils renaissent à l'espoir et presque au bien-être. L'expectoration est devenue à la fois moins abondante et plus facile; la fièvre a diminué ou disparu; la diarrhée s'est amendée; l'appétit est revenu, ainsi que le sommeil. Cette amélioration se soutient en général d'une manière notable. M. Sandras a noté, en outre, que les malades sont bien moins tourmentés par la diarrhée colliquative, qu'ils sont plus rarement pris d'hémoptysies et de pleurodynies; que leurs nuits, et surtout leur toux du matin, ont subi une grande amélioration.

« Depuis que je soumets mes malades à ce traitement, dit M. Sandras, je les vois presque tous endurer facilement la phthisie qui les dévore; ils ont cessé de subir la progression ordinaire du dépérissement qui les menaçait, et, dans l'immense majorité des cas, ils se conservent merveilleusement sous tous les rapports pendant des mois qui, sans ce traitement, seraient dévolus à la consomption. » Quand les sujets sont jeunes, l'amélioration peut encore aller plus loin. M. Sandras rapporte l'histoire d'un jeune homme et d'un enfant guéris, malgré l'existence de cavernes dans les poumons. Ce sont là des faits exceptionnels, il est vrai. Dans le plus grand nombre des cas de tuberculisation avancée, les malades finissent par succomber; mais, dans ce cas, on leur a épargné de longues souffrances, et ce n'est qu'après un répit plus ou moins prolongé que le malade meurt après avoir parcouru en huit ou dix jours tous les degrés du marasme. Les guérisons sont nombreuses, dans les cas où la tuberculation est commençante ou simple-

ment probable. Dans ces cas, la phellandrie, aidée des autres médications nécessitées par l'état général et par les antécédents, contribue singulièrement à l'amélioration des symptômes. — Quant aux catarrhes pulmonaires chroniques, ils sont heureusement modifiés par l'usage méthodique de la phellandrie. Ordinairement on voit, sous son influence, la toux et l'expectoration du soir et du matin s'amender progressivement. Sous beaucoup de rapports, elle est préférable aux eaux sulfureuses et au baume de Tolu. En général, au bout de peu de jours, elle commence à produire ses bons effets, et le soulagement que le malade en éprouve l'engage bientôt à en continuer l'usage. Elle convient surtout, d'après M. Sandras, dans ces bronchites de vieillards qui viennent avec les froids humides; elle met fin, chez les jeunes sujets, à ces suites de rhume qui tourmentent si souvent les individus à tempérament lymphatique et sans réaction.

La phellandrie n'a aucune action spécifique particulière contre l'emphysème pulmonaire et l'asthme nerveux; elle s'est montrée utile toutes les fois que ces affections étaient liées à une bronchite chronique : dans les autres cas, elle n'a point été efficace. (*Union médicale*, novembre 1848.)

SPINA BIFIDA (*Exemple de traité avec succès par les injections d'iode*. Le spina bifida est une affection si grave et si rebelle, que l'on ne saurait trop faire connaître les tentatives nouvelles entreprises pour sa guérison, surtout lorsque ces tentatives sont couronnées de succès. Depuis longtemps les chirurgiens avaient eu l'idée de chercher à obtenir par des injections l'oblitération de la poche séreuse du spina bifida. Mais les injections avaient été suivies d'effets si fâcheux et si promptement funestes, qu'on n'avait pas tardé à y renoncer. L'introduction de l'iode dans la thérapeutique chirurgicale a apporté un changement dans la conduite des chirurgiens. Aujourd'hui ils injectent cette substance, peu irritante de sa nature, non-seulement dans les kystes, mais encore dans les cavités articulaires et les grandes séreuses, ainsi que nous en avons rapporté des exemples récemment. L'observation suivante semble établir que ces injections peuvent encore être tentées avec succès dans le traitement du spina bifida. Une jeune fille de treize ans portait, sur le sacrum, une tumeur de neuf pouces de circonférence et de trois pouces de hauteur, avec des parois très-minces. Elle avait été paralysée des membres inférieurs, mais depuis trois ans elle commençait à s'en servir. Elle était idiote, et rendait involontairement ses urines et ses matières. Par suite du défaut de propreté, il se formait, de temps en temps, des ulcérations profondes, sur les cuisses et sur les parties molles du bassin. Dans ces circonstances, le professeur Brainard se détermina à injecter dans le sac une solution de 4 grammes d'eau, 5 centigrammes d'iodure de potassium et 2 centigrammes et demi d'iode. Pour cette injection il fit une petite piqûre, avec une lancette, sur la peau saine, à un pouce et demi de la base de la tumeur, et y introduisit obliquement un trocart, mince comme une aiguille à tricoter, par lequel il injecta le liquide. Cette injection détermina une douleur vive, qui ne tarda pas à perdre de son intensité. Des compresses et un bandage furent appliqués pour empêcher la sortie du liquide. La malade fut maintenue au lit. Bientôt, rougeur, chaleur et tension de la tumeur, avec sensibilité au toucher et quelques symptômes fébriles. On administra un purgatif, et l'on fit quelques lotions réfrigérantes sur la tumeur. En une semaine les symptômes alarmants disparurent; la tumeur avait repris sa mollesse et avait diminué de volume. On commença la compression. Mais l'indocilité et le peu de propreté de la malade s'opposèrent à ce qu'on pût l'appliquer avec régularité.

Cependant la tumeur diminuait : au vingt-cinquième jour, elle n'avait plus que la moitié de son volume ancien. A cette époque, on fit une seconde injection, mais en donnant au liquide moitié moins de force que la première fois. L'injection ne détermina que peu de douleur et de chaleur, et l'on reprit la compression. Vingt jours après, l'absorption était telle, que la tumeur était presque au niveau des parties environnantes. On substitua à la compression un bandage à ressort. A partir de ce moment, la guérison a pu être considérée comme complète. A la place occupée par la tumeur, la peau

est déprimée et froncée, et l'on sent l'ouverture qui établissait la communication entre celle-ci et le canal vertébral. Cette opération a été suivie d'une amélioration très-sensible dans l'intelligence de cette jeune fille. Mais la paralysie et les évacuations involontaires persistent encore. —Nous nous bornerons à de courtes réflexions : il n'est pas douteux que, chez la jeune malade qui fait le sujet de l'observation précédente, il n'existait, dans le sac, aucune portion du système nerveux central ou périphérique. Il n'est pas douteux non plus, et par le siége de la tumeur et par sa longue durée, que cette espèce de spina bifida est infiniment moins dangereuse que celles qui occupent une position plus élevée sur le trajet de la colonne vertébrale, et que l'on rencontre, en général, dans l'enfance. Il est aussi d'observation que, lorsque les sujets ne succombent pas, dans les premières années, aux progrès de la maladie, on voit, à mesure qu'ils avancent en âge, se rétrécir et même s'oblitérer l'ouverture de communication entre la tumeur et le canal vertébral. On comprend donc comment une injection d'iode, faite dans un cas de spina bifida de la région sacrée, chez un sujet de treize ans, n'a pas été suivie d'accidents graves, et a même contribué à la guérison. Mais il n'en faudrait pas conclure qu'il en fût toujours ainsi, surtout chez les jeunes sujets, et dans les cas où la tumeur renferme quelques portions du système nerveux, ou communique largement avec la colonne vertébrale. Tout au plus pourrait-on employer les injections d'iode dans les cas où la tumeur est pédiculée, et où l'on pourrait interrompre, avec le pouce, la communication, pendant la durée de l'injection, comme on le fait pour les hydrocèles compliquées de hernie congéniale. (*Medical Times* et *Monthly journal*, octobre 1848.)

TAMPONNEMENT UTÉRIN (*Nouveau mode de*) *dans les cas d'hémorrhagie chez les femmes enceintes*. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu, plus d'une fois, à se préoccuper du grave danger des hémorrhagies qui surviennent pendant le cours de la grossesse, par suite de l'implantation du placenta sur le col. Frappé comme tout le monde de ces dangers, et convaincu en même temps par expérience de l'infidélité des différents modes de tamponnement usités en pareil cas, M. Miquel (d'Amboise), l'un de nos plus assidus correspondants, a imaginé un moyen de remédier à ce grave accident, auquel l'Académie des sciences vient, par l'organe de son savant rapporteur, M. Velpeau, de donner son approbation.

Le moyen proposé par M. Miquel consiste à tamponner, non point le vagin, comme on l'a fait jusqu'ici, mais l'intérieur même de la matrice.

L'appareil dont il se sert se compose : 1° d'une vessie de cochon; 2° d'une canule métallique longue de 18 à 20 centimètres; 3° d'un double ruban pour fixer le corps de la vessie sur la canule et pour en fermer d'autre part le col resté en dehors de la canule; 4° d'un mandrin à extrémité mousse, destiné à soutenir le sommet de la poche animale pendant qu'on l'introduit; et 5° d'une espèce de bâtonnet sur lequel on fixe à l'extrémité les deux lacs indiqués tout à l'heure.

Pour l'appliquer, on place la femme comme pour les accouchements artificiels.

Conduite sur le doigt, ou à l'aide d'un spéculum, jusqu'au col utérin, la vessie doit être introduite, soit au travers du placenta, s'il occupe le centre de l'orifice, soit entre l'œuf et les parois de la matrice; on retire alors le mandrin, puis on injecte une pleine seringue ordinaire, ou même plus s'il le faut, de liquide aqueux, de manière à distendre, à remplir, sans la déchirer, la poche ainsi établie au-dessus du col. On ferme soigneusement, soit par un robinet, si elle en est munie, soit au moyen d'un bouchon, l'ouverture libre ou extérieure de la canule. Les extrémités du lacs qui fixe la vessie vers le milieu de la canule et celui qui en étrangle l'extrémité extérieure, sont alors fixées sur le garot ou bâtonnet dont il a été parlé plus haut, pour empêcher toute espèce de glissement. Ces lacs et le bâtonnet qui les supporte agissent aussi de manière à exercer des tractions de haut en bas, à comprimer toute la surface interne du sommet de la matrice, mieux que ne pourrait le faire la tête du fœtus.

On conçoit aisément le mécanisme d'un pareil tampon et le but que s'est proposé M. Miquel. Une fois en place, la vessie peut prendre un dé-

veloppement, un volume, une tension plus ou moins considérable, au gré du chirurgien. En tirant dessus par en bas, on est sûr d'exercer une compression qui porte directement, soit à nu, soit par l'intermédiaire du placenta ou des membranes, sur les orifices vasculaires. Cette compression pouvant s'étendre jusqu'au quart ou au tiers de la hauteur de la cavité utérine, dépassera certainement les limites du disque hémorrhagique. Représentant en quelque sorte une seconde tête de fœtus, la vessie distendue et ainsi placée ne perdra rien de son efficacité; on verra, au contraire, son action augmenter par les contractions de l'organe sous l'influence du travail de l'accouchement.

Ce mode de tamponnement bien fait doit inévitablement arrêter l'hémorrhagie; mais on ne doit pas se dissimuler qu'il offre des difficultés et des dangers—; des dangers, parce qu'une fois en place, le tampon intérieur provoquera, sans nul doute, les contractions utérines et l'accouchement prématuré. Ce danger n'est du reste que relatif; il est nul ou à peu près, si la grossesse est assez avancée pour que le fœtus prématurément expulsé ait des chances de vivre; il est réel, au contraire, avant sept mois révolus, alors que la viabilité du fœtus est encore douteuse. Mais dans ce cas, il s'agit de le mettre en balance avec les dangers non moins grands que court la vie de la mère. — Quant aux difficultés d'application, elles sont évidemment plus grandes que dans tous les autres procédés; mais c'est là une considération tout à fait secondaire, et qui ne saurait arrêter le chirurgien en présence de la gravité de l'accident auquel il s'agit de remédier, et des avantages qu'on peut retirer de ce moyen.

En résumé, nous pensons, avec M. le professeur Velpeau, que les accoucheurs qui se sont trouvés en face de ces cas malheureux où la vie d'une femme, bien portante d'ailleurs, court les plus imminents dangers, ne devront pas hésiter à recourir au procédé imaginé par M. Miquel, procédé que cet habile praticien a déjà appliqué avec succès.— (*Compte-rendu des séances de l'Académie des sciences*, novembre 1848.)

VARIÉTÉS.

Les misères que chaque année l'hiver ramène, et les craintes de l'invasion prochaine du choléra, ont engagé M. le ministre de l'intérieur à présenter un projet de loi sur l'assistance publique à Paris. Voici les passages de l'exposé des motifs de ce projet qui nous touchent le plus.

« Mais aujourd'hui que les nouveaux pouvoirs sortis de la révolution de Février, obéissant à une nécessité née des circonstances, ont formé une administration provisoire, comme je l'ai dit en commençant, et que cette mesure d'urgence, en supprimant *ipso facto* l'ancienne administration, a fait table rase et laissé le champ libre aux améliorations que réclamait un état de choses qui ne subsiste plus, l'autorité supérieure a senti le besoin d'étudier les combinaisons les plus propres à remédier, dans l'intérêt d'une bonne administration du bien des pauvres, aux inconvénients justement reprochés à ce système.

« Celle à laquelle se sont réunies toutes les opinions, après mûre discussion dans le sein de la Commission-préfectorale, consisterait à substituer au principe de l'administration collective et subdivisée, celui de l'administration unitaire, c'est-à-dire à créer (article 1er du projet de décret), sous l'autorité médiate du ministre de l'intérieur et immédiate du préfet de la Seine, un directeur responsable en qui se personnifierait l'autorité à la fois dirigeante et exécutive qui résidait autrefois dans le Conseil général et dans la Commission administrative.

« Mais, pour donner à ces importantes fonctions un contre-poids nécessaire, en même temps que pour éclairer l'autorité supérieure sur les faits et les actes soumis à son appréciation, et surtout pour offrir aux personnes bienfaisantes qui enrichissent de leurs dons les établissements hospitaliers de la ville de Paris une garantie d'autant plus rassurante du bon emploi de leurs libéralités, il serait établi (art. 2), auprès du directeur, un Conseil de surveillance composé de personnes notables élues parmi les principaux

corps de l'État et de la cité, et auxquelles seraient adjoints, aussi par voie d'élection, quelques-uns des citoyens les plus propres, par leur position, leurs connaissances spéciales ou leurs habitudes de bienfaisance, à seconder l'administration de leur concours actif et des lumières de leur expérience.

« Le mode de composition et de nomination du Conseil de surveillance est, au reste, plus amplement développé dans un projet d'arrêté réglementaire qui accompagne le projet de décret, et qui devra nécessairement suivre le sort de ce dernier.

« Quant au directeur, il serait nommé par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du préfet de la Seine.

« Les articles 3 et 4 du projet de décret déterminent les attributions du directeur et celles du Conseil de surveillance.

« Ainsi qu'il a été dit tout à l'heure, le directeur exerce l'autorité qui appartenait dans l'ancienne organisation au Conseil général et à la Commission administrative ; mais aucune de ces propositions, aucun de ces actes sur lesquels le pouvoir supérieur est appelé à prononcer, ne peut être soumis au préfet ou au ministre qu'après examen préalable par le Conseil de surveillance et accompagné de son avis.

« C'est en cela que consiste toute la différence entre l'ancienne organisation et celle qui est proposée. La difficulté était de fortifier l'action administrative sans altérer les garanties. Nous pensons que le projet de décret satisfait à cette double condition.

« On a voulu assurer, d'une manière fixe et durable, au personnel médical, les garanties qu'il est juste de lui accorder en échange des services actifs et soutenus que l'administration est en droit d'exiger de ceux auxquels elle confie la sainte mission de soigner le pauvre malade. Dans cette vue, le projet de décret porte (art. 5) que les médecins, chirurgiens et pharmaciens seront nommés au concours, qu'ils recevront leur investiture du ministre de l'intérieur, et qu'ils ne pourront être révoqués que par ce ministre, sur l'avis du Conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine.

« Cette disposition a pour effet d'abroger virtuellement le mode de réélection quinquennale, qui ne laissait à l'administration que le pouvoir d'éliminer tous les cinq ans les praticiens dont le maintien en fonctions ne lui paraissait pas compatible avec l'intérêt du service.

« L'avantage que présente le mode de nomination au concours des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux, a été un motif déterminant d'étendre ce système aux médecins et chirurgiens qui sont appelés à soigner les malades à domicile : c'est l'objet principal de l'article 6 du projet de décret.

« Les autres prescriptions relatives au service de santé, de même que celles qui embrassent le régime intérieur des hôpitaux et le mode d'application des secours à domicile, feront la matière de règlements qui seront exécutoires sur l'approbation du ministre de l'intérieur. »

Les dispositions de cette organisation nouvelle satisfont-elles aux vœux du corps médical ? C'est ce que nous aurons à examiner.

Le Comité des finances de l'Assemblée nationale, dans son budget de l'État, se fondant sur le petit nombre d'élèves qui suivent les cours de la Faculté de Strasbourg relativement aux dépenses qu'elle nécessite, avait mis en doute l'opportunité du maintien de cette Faculté. L'Assemblée, avec raison, n'a point sanctionné cette conclusion. Les écoles de médecine n'ont pas seulement à former des médecins instruits, elles sont encore des foyers scientifiques. Placée sur les confins de la France et de l'Allemagne, la Faculté de Strasbourg a même une mission toute spéciale, celle de servir à l'échange des idées entre les deux grandes nationalités, et ce contact d'idées d'un genre si différent donne à son enseignement un cachet de critique scientifique d'une haute importance. Les lecteurs du *Bulletin* en doivent être convaincus par les articles remarquables de M. le professeur Forget. Enfin, n'est-ce pas encore à l'école de Strasbourg que l'anatomie pathologique a été étudiée alors qu'on songeait à peine ici à cette source féconde de notions nouvelles ? Il est vrai qu'elle n'a jamais confondu les éléments dont elle se compose, et que si elle acceptait ceux qui devaient faire partie intégrante de la science, elle a su se défendre de la systématisation scientifique,

pour rester sur le terrain de l'expérimentation et de l'observation clinique, seules sources de progrès réels.

Depuis longtemps, on le sait, des essais nombreux ont été tentés pour débarrasser les marrons d'Inde de leur principe amer et les rendre propres à l'alimentation ; mais les procédés proposés jusqu'à présent étaient trop coûteux pour être acceptés par l'industrie. Il n'en sera pas de même de celui que M. Flandrin vient de communiquer à l'Académie des sciences. Suivant ce jeune savant, l'addition d'environ un centième de carbonate de soude et un lavage à grande eau, suffisent pour purifier la farine de marron. A l'aide d'un kilo de carbonate de soude, du prix de 25 cent., on peut transformer 60 kilos de farine en matériaux alimentaires précieux en temps de disette. Si, par ces temps de grande abondance en céréales, la découverte de M. Flandrin n'est pas appliquée à l'alimentation de l'homme, la dépense est assez faible pour que, dans les pays où ce fruit abonde, on lui fasse subir cette transformation salutaire, qui lui permettrait de servir à l'engraissement des bestiaux.

A la dernière exposition agricole de Bruxelles, nous avons remarqué, dit la Gazette médicale belge, de beaux échantillons de châtaigne d'eau douce. Cette châtaigne, que les abbés d'Alligem cultivaient dans leurs étangs, mériterait à plus d'un titre d'être cultivée en grand. Elle était jadis très-répandue en Belgique. Le savant de l'Escluse (Clusius) en parle avec éloge dans ses écrits, sous le nom de *chardon aquatique dont les noix contiennent un noyau blanc de goût bien près des châtaignes.* Il en est de même de Dodonée, qui la considère sous le point de vue alimentaire. Les commentateurs de ce dernier disent cependant qu'elle n'est pas aussi utile qu'on pourrait bien le croire, comme substance nutritive. Les Flamands l'appellent *water noten* (noix d'eau) ou *duyvelskoppen* (tête de diable), à cause de la noirceur du fruit couvert de cornes dentelées. Dans plusieurs départements de l'ouest de la France, ainsi qu'en Italie, on mange la macre torréfiée comme les marrons, ou bien on la fait cuire dans l'eau, sous la cendre, et souvent on la réduit en bouillie. La macre se propage facilement ; il suffit d'en jeter les fruits dans les étangs, dans les mares, dans les eaux stagnantes, ils y germent sans aucun soin, en poussant des jets radicaux. C'est une culture aquatique qui ne nuit pas aux poissons. — Quoi qu'il en soit, il y a des expériences à faire sur cet objet. Une bonne monographie de la macre, de sa culture en grand et des services qu'elle peut rendre à la nourriture de l'homme, soit en temps de disette, soit en temps ordinaire, rendrait un grand service à la science et à l'humanité. Aujourd'hui que la maladie des pommes de terre semble persévérer, et qu'aucun remède efficace n'est encore trouvé contre ce fléau, on ne peut assez engager les hommes de science à fixer leur attention sur les substances qui pourraient remplacer efficacement le tubercule qui fait malheureusement presque à lui seul la base de la sustentation humaine.

Le corps médical vient de subir plusieurs pertes très-regrettables : celle de M. Fouilloy, inspecteur général du service de santé de la marine, et celle de M. Lavacherie, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Liége ; les quelques travaux publiés par le *Bulletin* prouvent qu'ils comptaient tous deux parmi les plus honorables représentants de l'école chirurgicale moderne.

Une mort récente, que nous devons enregistrer encore, est celle de l'un de nos savants confrères, le docteur Broc, décédé à l'hospice de Sainte-Périne, où il avait été transféré des salles de l'Hôtel-Dieu. Malgré vingt années d'un enseignement brillant et suivi, ce médecin est venu mourir à l'hôpital !! Et l'on s'étonne que le corps médical réclame des réformes.

Les journaux politiques ont annoncé, ces derniers jours, qu'une recrudescence du choléra s'était manifestée à Saint-Pétersbourg. Quelques cas se seraient montrés aussi en Egypte, puisqu'on attribue la mort d'Ibrahim-Pacha à une attaque de choléra.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP-D'ŒIL SUR LES INDICATIONS CURATIVES DU CHOLÉRA ASIATIQUE; EFFETS DE LA SAIGNÉE AU DÉBUT DE LA MALADIE.

(Deuxième article (1).)

Par M. LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon.

Nous avons cherché à prouver l'utilité de la saignée, tout en précisant les circonstances qui en réclamaient l'emploi, nous allons examiner maintenant les indications qui découlent des autres éléments de la maladie.

Le refroidissement, la suspension des phénomènes chimiques de la respiration, la prostration et les phénomènes nerveux, les évacuations excessives, l'altération qui s'est établie dans la composition chimique du sang, sont la source de ces indications, plus ou moins indispensables. Quelques mots seulement sur chacune d'elles.

1° *Réchauffer le malade* est la première idée qui vienne à l'esprit, en présence du refroidissement qui glace les cholériques. C'est, en effet, une des indications les plus pressantes.

Mais par quels moyens atteindre ce but ? Faut-il introduire directement du calorique dans l'économie? à quelle dose, à quel degré, par quels agents? ou bien faire l'emploi rapide et momentané des lotions, d'affusions froides, des frictions avec la glace ou la neige? Convient-il d'appeler la réaction à la surface? Ne faudrait-il pas agir sur les cholériques comme sur les individus soumis à la congélation? Ces questions ne sont point encore expérimentalement tranchées ; et, sous ce rapport, la thérapeutique n'a pas dit son dernier mot.

On donne généralement la préférence à l'introduction directe du calorique, et c'est en enveloppant les malades de corps dont la température est supérieure à la température moyenne de l'homme en santé, que l'on cherche à combattre le refroidissement cholérique.

N'y aurait-il pas avantage à procéder par gradation ?

Le vénérable Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, l'auteur du Traité de la fièvre entéro-mésentérique, avait imaginé l'appareil caléfacteur suivant. C'était une boîte en étain, longue et plate, remplie d'eau à 36°, recouverte de linges imbibés d'un liniment ammoniacal et térébenthiné; elle était placée sous le malade et le long de la colonne vertébrale. Ses côtés, d'ailleurs, étaient garnis de coussins, afin d'éviter les pressions douloureuses. Le malade restait sur cet appareil plus ou moins long-

(1) Voir la livraison précédente, p. 440.

temps, demi-heure, une heure et plus. On le retirait quand la chaleur était rétablie, et l'on y revenait à plusieurs reprises, quand le refroidissement se reproduisait.

Ayant suivi ce médecin dans sa pratique, je me suis attaché à bien apprécier l'effet de ce mode de caléfaction ; j'ai vu des malades rapidement réchauffés, rapidement guéris. J'ai vu le froid se reproduire avec une extrême facilité; j'ai vu succomber des malades cyanosés, malgré la chaleur dont on les avait pénétrés. Il m'a semblé que l'introduction du calorique par ce procédé était trop prompte ; qu'il en résultait une trop rapide expansion des liquides, une augmentation des congestions. J'ai comparé l'action de cet appareil sur le malade, à celle d'une chaleur trop élevée sur les fruits congelés. Non, je le répète, que je n'en aie vu de bons effets; mais, dans les cas graves, son action m'a paru trop puissante. Du reste, je ne juge pas la question, je me borne à consigner ici mes impressions et mes doutes. L'observation suivante, prise au hasard parmi un grand nombre d'autres recueillies dans le service de M. Petit à l'Hôtel-Dieu, pourra donner une idée de l'action de cet appareil.

Obs. II. Un prêtre irlandais, âgé de quarante ans, a été reçu salle Saint-Bernard, n° 6, le 7 octobre 1832.

Il avait dîné la veille comme de coutume, et s'était couché à neuf heures, sans avoir éprouvé aucun trouble dans sa santé.

Dans la nuit, vomissements répétés de substances alimentaires, puis d'un liquide aqueux. Évacuations alvines aqueuses durant toute la nuit; crampes dans les membres.

Le 7 au matin. Aphonie complète; pourtour de la bouche et menton bleuâtres, plombés. Yeux excavés, conjonctives injectées, surtout inférieurement. Extrémités bleuâtres; veines des doigts saillantes; froid général.

Langue bleuâtre, froide. Soif vive. Peu de douleur et de chaleur à l'épigastre; mais douleur pongitive exacerbante à la partie inférieure droite de la poitrine, résultant probablement d'une crampe; respiration pénible.

Moral sain; mais anxiété inexprimable, jactitation.

Pouls sufflaminé; *c'est un cheveu* (100).

Peau paralysée.

L'appareil est immédiatement appliqué. Sa chaleur est supportée avec peine. Le malade s'agite, se couche sur les côtés. Cependant, au bout d'une demi-heure, la chaleur cutanée est rétablie; la langue est réchauffée, mais le pouls reste insensible. (Potion antispasmodique laudanisée. Glace à sucer. Appareil à 36°.)

Le 8. Cessation des crampes; retour complet de la chaleur; réapparition du pouls dans le courant de la journée précédente. Disparition du point de côté sous l'influence d'une application de sangsues.

Ce matin, pas de crampes. Pouls nul, battements du cœur faibles. Évacuations par haut et par bas de matières cholériques. Aphonie. Absence d'urine. Chaleur un peu relevée.

Appareil mal supporté, le malade se jetant à droite et à gauche, et trouvant la chaleur trop vive.

(Même prescription, moins l'appareil.)

Le 9. Bon teint de la face, sans cyanose; paupières presque relevées; mains encore bleuâtres et froides. Un peu de froid aux extrémités et à la face. Pouls nul. Pas d'urine. Pas de vomissements, mais selles liquides, aqueuses et rougeâtres, un peu moins fréquentes et moins abondantes. Pas de crampes. Calme. Tendance à l'assoupissement, dont le malade ne paraît tiré qu'à regret. Décubitus latéral. Hoquet. Le point de côté s'est reproduit.

Escarres superficielles au bas du dos et aux fesses, déterminées par l'appareil, dont la température a, sans doute, été trop élevée.

En somme, bien qu'il y ait une apparence de mieux, la réaction n'est ni assez rapide ni assez franche. (Sangsues au côté, que l'on fait tomber immédiatement pour couvrir les piqûres de ventouses; mêmes prescriptions, et, de plus, on remplace l'appareil par une sorte de *repassage* de la colonne vertébrale, recouverte de linges imbibés du liniment ammoniacal et térébenthiné, à l'aide d'un fer à repasser chaud; moyen employé par Petit avant l'invention de sa boîte.)

Le 10. Un peu d'amélioration. Un vomissement. Diarrhée persistante; matières jaunâtres. Peau encore un peu froide; pouls appréciable (du volume d'une plume de corbeau); langue rouge, pointillée, papilleuse, assez chaude; soif vive. Appétence pour la glace, dont l'ingestion soulage. Un peu de lait a été mal supporté. Moins d'anxiété; même aphonie; un peu d'urine. Pas de crampes. Cyanose réduite à une teinte légère. Le point de côté est diminué. Pas de symptômes stéthoscopiques. (Liniment alcoolisé. Glace. Diète.

Le 11. Face bonne, teint presque naturel. Yeux complétement relevés. Un vomissement. Moins de diarrhée. Hoquet passager. Pouls très-faible. Extrémités fraîches. Pas de cyanose, pas de crampes. Abattement, somnolence. Réponses lentes. Aphonie moins complète. Des sinapismes ont été promenés sur la base de la poitrine.

(Mêmes boissons. Julep antispasm. Repassage à chaud de la colonne vertébrale.)

Mort la nuit suivante, à trois heures.

Je laisse de côté les détails nécroscopiques, dont l'énumération serait ici superflue, pour m'occuper de la médication et de ses effets.

C'est dans les cas de cette nature que la réaction provoquée par le caléfacteur de Petit m'a paru produire l'effet d'une chaleur brusque sur les fruits congelés.

Un inconvénient de ce mode de caléfaction est d'exciter beaucoup trop pendant un instant, et de permettre le collapsus de s'établir entre les diverses applications de l'appareil.

Je préfère une action plus soutenue, mais moins énergique, dans l'emploi de la chaleur.

Le moyen dont j'ai retiré le plus d'avantages est le suivant : on fait chauffer devant le feu des serviettes pliées en deux ou trois doubles, et que l'on roule à mesure qu'elles s'échauffent. Quand elles sont complé-

tement roulées et bien imprégnées de calorique, on les passe sous les couvertures du malade, en les étalant sur le ventre, la poitrine, les membres. Cette opération doit être continuée sans relâche pendant un ou plusieurs jours, s'il en est besoin. Je regarde comme essentiel que les serviettes soient renouvelées incessamment, sitôt qu'elles tendent à se refroidir.

La persistance des soins a pour but d'exciter et de soutenir la réaction ; d'empêcher le collapsus.

Les serviettes chauffées et à chaque instant renouvelées ont plusieurs avantages sur les autres moyens calorifères.

Leur légèreté fait qu'elles ne sont pas un poids, une gêne pour les malades, qui se trouvent péniblement chargés et empêchés dans leurs mouvements par les sachets, fers chauds, bouteilles d'eau chaude dont on les entoure. Il faut avoir éprouvé par soi-même l'embarras causé par ces corps pesants, pour juger du bien-être produit par les serviettes chaudes.

Un second avantage réside dans la facilité avec laquelle ces linges transmettent le calorique au corps, calorique *sec* et stimulant.

En outre, ils absorbent l'humidité perspiratoire dont la peau se recouvre, et dont la vaporisation deviendrait une cause de refroidissement.

Enfin, les excitations successives provoquées par la mutation des serviettes doivent contribuer puissamment à la détermination de la réaction. Mais j'insiste sur la nécessité d'agir constamment, sans intermission ; la transpiration, qui ne tarde pas à se produire, doit être compensée par l'ingestion de boissons dans l'estomac.

2° La seconde indication est relative aux évacuations intestinales, qui épuisent le malade, et menacent d'être rapidement mortelles, si l'on n'en arrête le cours.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue les différents moyens employés pour atteindre ce but ; je dirai seulement que la muqueuse digestive supporte impunément, au début de la maladie, les agents médicamenteux les plus divers, les plus opposés en apparence, le chaud et le froid, l'eau et les boissons alcooliques, les émollients et les excitants diffusibles, les astringents, les vomitifs et les purgatifs. Il n'en est plus de même dans une période plus avancée, parce que souvent alors la congestion passive, atonique, des vaisseaux du ventre devient active et inflammatoire.

L'effet commun de ces moyens divers n'est peut-être pas aussi différent qu'on pourrait le croire. Le chaud et le froid produisent à peu près le même effet ; les infusions excitantes de thé, de mélisse, de camomille, le punch, etc., stimulent la vitalité des tissus, et tendent à ré-

tablir directement la chaleur et à favoriser la transpiration. Les boissons glacées, souvent désirées avec ardeur par les malades, calment le sentiment de chaleur épigastrique, excitent la réaction intestinale, et, secondairement, la chaleur générale. Elles ont, en outre, l'avantage d'agir comme astringentes. Quand la réaction est en pleine activité, la glace est un des plus puissants sudorifiques. J'ai vu chez des malades la sueur ruisseler chaque fois qu'un morceau de glace était introduit dans l'estomac.

Au début, je préfère les boissons chaudes, et surtout le thé, à moins que l'estomac ne les supporte pas. Quand la soif de la réaction se fait sentir, la glace est préférable.

Les vomitifs et purgatifs facilitent le dégorgement des vaisseaux abdominaux par les contractions qu'ils déterminent. Les premiers poussent à la peau et sont utiles à la réaction ; les seconds éliminent les matières accumulées dans l'intestin, tout en stimulant la circulation capillaire de ce conduit. Le calomel paraîtrait jouer un rôle important sous ce rapport, et surtout comme choléagogue.

L'opium, si souvent prescrit dans cette maladie, ne doit être employé qu'avec réserve. Il y a danger à en accumuler les doses dans un canal digestif frappé d'inertie, danger qu'au moment où l'absorption se rétablira ces doses absorbées ne deviennent toxiques. Administré quand l'absorption s'opère, c'est un bon excitant de la circulation capillaire, en même temps qu'il est sédatif du système nerveux.

3° Une troisième indication serait de rétablir l'*hématose* pulmonaire. Comme le sang, à mesure qu'il s'altère, perd de son affinité pour l'oxygène, cette indication présente de grandes difficultés.

Il n'est personne qui n'ait eu la pensée de faire respirer au malade un air suroxygéné, ou de l'oxygène pur. Récemment encore, les journaux de médecine ont parlé de succès obtenus par l'emploi de ce moyen.

Il faudrait déterminer, d'abord, quelle est l'action de l'oxygène pur sur le sang des cholériques ; si ce gaz, respiré pur, ou du moins en proportion plus grande que celle de l'oxygène de l'air, favorise l'hématose ; si l'air ainsi modifié, ou si l'oxygène respiré à l'état de pureté, est attaqué par les poumons.

Il est évident que si un excès d'oxygène favorisait l'hématose, il faudrait en faire usage. Il resterait à déterminer ses proportions, la durée de son emploi, etc., et à en bien préciser l'innocuité.

Il y a des expériences nouvelles à tenter dans cette direction.

4° Une indication capitale, si l'on parvenait à en atteindre le but, serait de rendre au sang, par des injections directes, les matériaux et notamment l'eau et les sels qu'il a perdus.

Des résultats heureux paraissent avoir été obtenus en 1832, en Angleterre, vers la fin de l'épidémie et dans des cas graves ; ils promettent de nouveaux succès aux médecins hardis qui ne craindront pas d'entrer dans cette voie thérapeutique.

L'effet de cette médication est de liquéfier le sang ; de lui rendre les sels qui, dans l'état normal, contribuent à le maintenir dans ses conditions de liquidité, et auxquels il doit en partie aussi sa propriété d'absorber l'oxygène.

Peut-être même, sans les introduire directement, y aurait-il avantage à les donner dissous dans les boissons.

5° Calmer les phénomènes nerveux. Cette indication est tout accessoire. Les crampes et l'agitation cessent quand la réaction s'établit franchement. Si ces accidents persistaient malgré le rétablissement de la circulation, le retour de la chaleur, on pourrait recourir à des sédatifs. Mais on ne doit pas oublier que l'on n'a prise sur le cerveau par ces agents, que du moment où ils sont absorbés.

6° Réveiller le système nerveux. Les moyens précédemment indiqués ; la chaleur avec ou sans frictions, les sinapismes, les boissons excitantes, etc., ont une action stimulante pour le système cérébral.

L'électricité, dont peut-être on n'a point assez usé, parce qu'elle n'est pas à la portée de tout le monde, que son action n'a point encore été bien déterminée ; l'électricité pourrait, employée avec prudence, favoriser le rétablissement des phénomènes chimiques de la respiration, etc. ; c'est une vue de thérapeutique à suivre au lit du malade.

7° Moyens empiriques. On ne doit, qu'on me permette de le répéter, *compter sur aucun agent spécifique contre le choléra*. Tout moyen empirique, préconisé contre cette maladie, ne remplit qu'un but, une indication, qui rentrent presque toujours dans les indications que je viens de passer en revue.

On a, dans ces derniers temps, parlé des bons effets du chloroforme. Le mode d'action de cet agent est hyposthénisant. Il gêne plus ou moins l'hématose ; il détermine un certain degré d'asphyxie. A ce double titre, je le repousserais énergiquement de la thérapeutique du choléra, jusqu'à ce que l'expérience en ait irréfragablement jugé l'efficacité.

Je n'en dirais pas autant du *haschich*. Ce médicament paraît être un puissant stimulant du système nerveux. Seulement son emploi, après que son efficacité aura été contrôlée, devra être régularisé.

Mon but, en faisant paraître ce travail, a été d'appeler l'attention des médecins sur quelques points de thérapeutique ; de solliciter le concours de toutes les expériences acquises dans les précédentes épidémies ; au moment où une épidémie nouvelle touche à nos frontières. Je serai

heureux si ce travail, résumé de notes nombreuses recueillies en 1832, peut ajouter une pierre à l'édifice thérapeutique de cette formidable maladie. LEGROUX.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il est peu de maladies dont la thérapeutique se compose de méthodes aussi diverses que celle de la fièvre typhoïde. Les antiphlogistiques, les toniques, les évacuants, les révulsifs, etc., y ont été tour à tour invoqués, soit isolément et comme moyens spéciaux de traitement, soit indistinctement et comme pouvant être successivement réclamés par les indications différentes qu'offrent les périodes et les formes variées de cette affection.

La première de ces méthodes est éminemment exclusive; elle est le résultat d'idées purement théoriques; la seconde, au contraire, ne repousse aucun genre de médication; elle est éclectique, elle ne tient compte que des symptômes.

Pourquoi cette diversité et cette instabilité dans le traitement de la fièvre typhoïde? La cause ne se trouve-t-elle pas dans les conditions mêmes que présente la maladie?

Depuis la publication du livre important de MM. Petit et Serres sur la fièvre entéro-mésentérique et les travaux récents de MM. Louis, Andral, Chomel, Bretonneau, Bouillaud, etc., la fièvre typhoïde est une maladie distincte. Elle a sa physionomie spéciale; elle a son caractère anatomique. Cependant, le caractère anatomique que constitue la lésion des follicules intestinaux et des ganglions abdominaux offre quelques rares exceptions dans son existence (MM. Louis et Andral). D'ailleurs, sa gravité n'est pas toujours en rapport avec celle des symptômes. Donc cette lésion ne donne pas invariablement la raison de l'expression séméiotique générale. On est autorisé à admettre qu'au delà de cette lésion il existe une autre condition morbide. Mais où réside cette condition? Est-ce dans le système nerveux, dans les humeurs, ou plutôt dans le sang? Faut-il la considérer comme un principe toxique, comme un principe contagieux, qui établirait un nouveau point de contact entre les fièvres typhoïdes et les fièvres éruptives, et surtout la variole? On le voit, la pathogénie de la fièvre typhoïde est encore environnée de beaucoup d'obscurité. La même obscurité règne aussi sur l'étiologie de cette affection. En effet, les recherches de M. Louis et celles de M. Chomel prouvent que, parmi les causes qu'on avait désignées, il n'en est aucune qu'on pût regarder comme véritablement efficiente.

La fièvre typhoïde n'est pas toujours soumise à une marche régulière; elle peut offrir dans son cours des variations de gravité et de bénignité, qu'on ne saurait attribuer à des influences appréciables. Elle est aussi susceptible de se révéler sous des formes diverses.

Un fait incontestable, qui n'avait pas échappé au génie observateur de Sydenham, c'est que les fièvres continues reçoivent de l'influence des constitutions épidémiques des modifications puissantes, autant au point de vue de l'expression de leurs symptômes qu'à celui de leurs indications curatives.

L'indication de ces conditions suffit, sans nul doute, pour arriver à cette conclusion, que ces conditions ne sont pas de nature à fournir des éléments sur lesquels on puisse établir les bases d'un traitement uniforme, régulier, et tel que celui des phlegmasies, et qu'elles justifient en même temps les essais d'expérimentation qu'on peut entreprendre dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde, en tant qu'ils sont dirigés avec une sage prudence et qu'ils ne s'appliquent qu'aux cas de la maladie qui présentent une réelle gravité.

L'analogie séméiotique, qui rapproche souvent, et surtout au début, la fièvre typhoïde de la méningite aiguë, me détermina, dès l'année 1834, à employer, dans la première de ces affections, les préparations mercurielles qu'avaient préconisées, dans la seconde, Percival, Dobson, Odier, Coindet, Delpech, etc.

Les premiers résultats de cette expérimentation furent consignés dans les tomes VII et VIII de ce journal. Je communiquai de nouveaux résultats, en 1837, à la Société de médecine de Lyon et à la Société de médecine de Bordeaux, qui en vota l'insertion dans le numéro de décembre 1837 de son journal.

Ces faits ont été mentionnés dans plusieurs ouvrages, entre autres, dans le journal Der Practischen heilkunde d'Hufeland, année 1838, par le docteur Brüger, et dans le tome II du Traité de matière médicale de M. Galtier, etc.

Tout récemment, j'ai adressé à l'Académie des sciences, et à l'Académie royale de médecine de Belgique, des travaux qui constatent également l'efficacité de ce traitement.

Mon intention n'est pas d'analyser les faits nombreux de fièvre typhoïde que j'ai soumis à cette expérimentation, de les comparer et d'établir par induction les règles générales qui doivent présider à l'application de ce nouveau mode de traitement; c'est l'objet d'un travail spécial auquel je me livre, et qui exige encore une expérience plus répétée.

Je ne rapporterai ici que quelques observations, qui feront ressortir l'utilité de cette méthode.

Il m'a semblé qu'il y avait opportunité à publier ces nouveaux documents, aujourd'hui surtout qu'un praticien aussi éminent que M. le professeur Serres vient, par des travaux remarquables, d'établir l'importance des mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde, et prêter un appui favorable aux faits que j'avais consignés, il y a longues années, dans votre journal.

Obs. Ire. — M..., âgé de vingt ans, d'une constitution forte et habituellement bien portant, éprouvait, depuis six jours, de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments, de l'aversion pour le moindre exercice, lorsque le 15 août 1843 il fut obligé de prendre le lit. Il se plaignait d'une douleur sus-orbitaire intense ; sa physionomie portait l'empreinte de la frayeur ; il parlait continuellement de la gravité de son état. La langue était sèche, blanche ; l'abdomen sensible à la pression mais sans tension ; le pouls plein et fréquent, la peau chaude et aride. Plusieurs fois, quelques gouttes de sang s'écoulèrent du nez. Une saignée fut pratiquée. Le sang n'était nullement couenneux. Le lendemain et le surlendemain, la fièvre fut moindre ; la céphalalgie diminua d'intensité ; cependant, la physionomie continua à présenter la même expression et les idées le même caractère de tristesse.

Sans cause appréciable, la nuit du 17 au 18 août fut signalée par un mouvement fébrile intense et par du délire... L'expression de la face traduisait maintenant un sentiment d'indifférence très-marqué. La langue avait rougi ; les propos étaient quelquefois incohérents. La céphalalgie avait repris son intensité ; le ventre s'était développé. A la constipation avait succédé du dévoiement. Le pouls offrait de la dureté et de la fréquence. Une nouvelle saignée fut pratiquée. Le sang, moins rouge que celui de la première, se coagula rapidement.

Le 19, les mêmes symptômes persistaient. L'ouïe avait perdu de son acuité. Du gargouillement était perçu vers la fosse iliaque et à l'hypogastre. Les selles étaient plus nombreuses. La langue était plus sèche et tendait à brunir ; quelques taches rosées lenticulaires apparurent sur les téguments de l'abdomen.

Le 20, agitation violente, avec délire aigu pendant la nuit. Air de stupeur prononcé, langue fuligineuse. Dents encroûtées. Ventre météorisé ; surdité presque complète. Trouble à peu près continuel dans les idées, persévérance du dévoiement. Alternatives fréquentes de somnolence et d'excitation fébrile intense avec délire bruyant et développement énergique des forces musculaires ; pouls très-fréquent, mais résistant. Eruption plus nombreuse des taches lenticulaires.

Onction sur l'abdomen et les cuisses avec huit grammes d'onguent mercuriel, répétée toutes les cinq heures.

Le 21, persistance des mêmes symptômes.

Le 22, la fréquence du pouls et l'altération des facultés commencèrent à diminuer.

Le 23, l'aspect de la face était meilleur ; le délire moins fréquent et moins prolongé ; le volume du ventre moins considérable. La peau était halitueuse. Cependant la bouche restait fuligineuse et le dévoiement persistait.

Le nombre des onctions mercurielles, qui n'avaient pas été discontinuées, fut réduit à trois.

Le 24, le ventre est souple et indolent. Le plus souvent les idées sont lucides; la bouche s'humecte, son encroûtement disparaît. Le pouls n'offre qu'une médiocre fréquence. Nuls signes de rougeur ni de tuméfaction aux gencives.

Le 25, tout symptôme grave a disparu; cependant il existe encore du dévoiement et de la surdité. La physionomie conserve un reste de stupeur, qui augmente lorsqu'on interroge le malade, et qui pourrait tenir à l'état obtus de l'ouïe. Les gencives se sont tuméfiées et la sécrétion salivaire a augmenté.

Cessation des onctions mercurielles. Frictions réitérées avec de l'alun pulvérisé sur les gencives. Boissons acidules.

Dès ce jour, l'amélioration progressa rapidement. La diarrhée continua pendant quatre jours. L'engorgement des gencives ni la sécrétion salivaire n'offrirent jamais un grand accroissement. Le sixième jour la convalescence était définitivement établie.

Obs. II. — Madame X..., âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu d'autres maladies graves qu'une pleuropneumonie, éprouva de violents chagrins qui la plongèrent dans un état de tristesse profonde.

Un mois après, c'était le 2 novembre 1846, elle fut prise brusquement de céphalalgie, de vomissements et de douleurs abdominales.

Pendant neuf jours, elle se plaignit d'anorexie, de soif, de céphalalgie, de brisement dans les membres. Elle eut de la fièvre, de l'insomnie de temps en temps, les vomissements et les douleurs abdominales se renouvelèrent. Le plus souvent elle resta alitée. Cette perturbation dans sa santé n'empêcha pas l'éruption des règles. Pour tous moyens de traitement elle n'employa qu'une diète sévère et des boissons émollientes.

Le 12 novembre, l'état de la malade s'était aggravé; je fus appelé pour la première fois. Alors la face était colorée; elle exprimait le découragement. Il existait de la somnolence et une céphalalgie que caractérisaient des élancements très-aigus. Le pouls était plein, dur et fréquent, la langue jaunâtre et sèche. Depuis plusieurs jours il n'y avait pas eu de selles. Vers le soir, une épistaxis abondante eut lieu, elle fut suivie d'un soulagement remarquable.

Le 13, la nuit fut calme, mais dès le matin, les symptômes de la veille reparurent. Guidé par l'amélioration qui avait succédé à l'hémorrhagie nasale, et cette hémorrhagie ne se renouvelant pas, je pratiquai une saignée dans la soirée.

L'état de la maladie ne fut nullement modifié le 14 et le 15.

Le 16, une épistaxis légère survint; un air de stupeur s'était répandu sur la physionomie, la langue avait de la tendance à brunir. L'abdomen était météorisé. La constipation persistait; de l'incohérence se manifestait dans les propos. La céphalalgie était vive, le pouls n'avait perdu ni de sa fréquence ni de sa plénitude. Sangsues aux cuisses. Lavements émollients. Cataplasmes sur l'abdomen.

Le 17, agitation fébrile intense, avec délire pendant la nuit. Augmentation du météorisme et de l'altération des facultés intellectuelles. Toux légère: expectoration muqueuse; râle sibilant; taches rosées lenticulaires disséminées sur la base de la poitrine et sur les flancs.

Le 18, même agitation que la nuit précédente. Expression de stupeur plus marquée; météorisme considérable; même état de la respiration; som-

nolence profonde, soubresauts dans les tendons; délire souvent aigu; grande accélération du pouls; bouche fuligineuse; constipation.

Calomel, 40 centigrammes en trois prises; onctions mercurielles répétées toutes les six heures, sur l'abdomen et les cuisses.

Le 19, nuit également agitée, toujours mêmes symptômes; évacuations alvines fréquentes, liquides et d'une coloration verdâtre. (Mêmes prescriptions.)

Le 20, selles liquides nombreuses présentant la même coloration que la veille. Dans la soirée, les idées eurent plus de netteté; la physionomie une expression meilleure, et le pouls moins d'accélération.

Suspension du calomel, réduction des onctions mercurielles à deux; frictions avec de l'alun en poudre sur les gencives, qui étaient légèrement tuméfiées.

Dès lors, les symptômes s'amendèrent progressivement.

Le traitement ainsi modifié fut encore continué pendant deux jours.

L'action de la médication mercurielle fut peu intense sur l'appareil salivaire.

Le 27 novembre, la convalescence se déclare.

Si les bornes d'un article me le permettaient, je pourrais ajouter bien d'autres faits aussi concluants. Qu'il me soit permis cependant de citer une dernière observation ; elle fait partie d'un travail sur la méningite aiguë, présenté à la Société de médecine de Paris, et imprimé par décision de la Société dans ses actes. Il me paraît utile de la reproduire ici, car elle témoigne que même dans le cas où l'action mercurielle s'exerce avec énergie sur l'appareil salivaire, cet excès d'activité peut devenir une condition favorable à la solution heureuse de la fièvre typhoïde. Considéré à ce point de vue, ce fait est un des plus importants que j'aie recueillis.

Obs. III. B..., âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, éprouva, dans la nuit du 5 au 6 janvier 1838, un violent frisson et dès le matin de la fièvre, une douleur aiguë sous le sein droit, de l'oppression et de la toux.

Le troisième jour de la maladie, je fus appelé; il y avait eu de l'agitation et du délire pendant la nuit. J'observai l'état suivant : mouvement fébrile intense, respiration accélérée, laborieuse; toux fréquente, suivie d'une expectoration visqueuse et sanguinolente; douleur vive au-dessous du sein droit. Dans cette même région s'entendait du râle crépitant qui masquait, en grande partie, le bruit normal de la respiration; peau sèche, pouls fréquent et plein; céphalalgie, décubitus dorsal; langue blanchâtre; soif augmentée; abdomen nullement tendu et indolent; constipation. (Saignée de 16 onces, sangsues nombreuses sur le point de côté; boissons émollientes; le sang tiré de la veine se recouvre d'une couenne épaisse.)

Le 9, l'agitation et le délire ont été moins prononcés pendant la nuit. Diminution de la douleur pleurétique, mais persistance de la dyspnée, du râle crépitant et des autres symptômes de la veille. (Saignée, sang également couenneux.)

Le 10, amélioration notable : respiration plus libre; prédominance du bruit d'expansion pulmonaire sur le râle crépitant, crachats moins visqueux

et à peine rouillés; toux moins fréquente, peau moite; céphalalgie nulle; fièvre moindre. (Quinze sangsues sur le côté droit de la poitrine.)

Le 11, sueurs abondantes dans la nuit; le bruit de la respiration est appréciable et net dans tous les points du poumon; absence complète de râle crépitant; toux rare, expectoration pareille à celle de la bronchite aiguë; cessation du mouvement fébrile. La peau continue à être recouverte de sueur.

Le 12, il n'existait plus de symptômes locaux ni généraux de pleuropneumonie.

Les jours suivants, quoique l'exploration la plus attentive de la poitrine ne fournisse que des signes négatifs, qu'il n'y ait plus de toux et que la respiration soit parfaitement libre, le malade reste alité, triste, sans forces, sans énergie morale; il éprouve du brisement dans les membres, un sentiment général de fatigue, du malaise, de la soif, de l'inappétence, et une tendance presque continuelle au sommeil. La tête est lourde, le front douloureux, le pouls un peu fréquent; un mouvement fébrile se déclare toutes les nuits.

Le 16, le malade fut, pendant la nuit, plus inquiet, plus agité; il délira plusieurs fois; fièvre intense, céphalalgie vive, somnolence, face rouge, yeux très-sensibles à l'impression de la lumière; conjonctives injectées; langue blanche à la base, rouge aux bords et à la pointe; soif, nausées et vomissements fréquents; ventre souple, seulement sensible à la pression dans la région épigastrique; légère épistaxis; décubitus en supination. De temps en temps on remarquait de l'incohérence dans les idées; nuls signes du côté de la poitrine. (Sangsues aux apophyses mastoïdes; cataplasmes sur l'épigastre.)

Le 17, pendant la nuit, paroxysme violent, avec délire fréquent et efforts pour quitter le lit. Céphalalgie intense, forte coloration de la face, pupilles contractées. Sensibilité de la rétine très-exagérée; alternatives d'assoupissement et d'agitation. Lorsqu'on interroge le malade, il répond juste d'abord; mais il ne tarde pas à tenir les propos les plus incohérents et à entrer dans un état d'exaltation exprimé par l'augmentation de la rougeur de la face et de la fréquence du pouls, par une grande loquacité, et par des tentatives énergiques pour s'échapper de son lit. Bientôt fatigué, il s'assoupit. Soif vive, langue rouge et sèche, abdomen un peu développé; épigastre douloureux; quelques selles liquides; pouls plein et très-fréquent; épistaxis plus abondante que la veille; respiration normale. (Saignée, sang nullement conenneux; sangsues à l'épigastre.)

Le 18, agitation violente, délire à peu près continuel dans la nuit. Mêmes symptômes que la veille. De plus, la langue a bruni, elle est tremblante, quelques fuliginosités recouvrent les lèvres et les gencives. La diarrhée est plus fréquente. Selles et urines involontaires; abdomen météorisé, mais indolent. Soubresauts des tendons. Légers mouvements convulsifs des paupières, des yeux et des lèvres. Tremblement des mains. Plusieurs fois, l'agitation fut telle que le malade, les yeux fixes et largement ouverts, délirait, vociférait et déployait une force musculaire des plus énergiques. Le pouls était petit et très-fréquent. (Deux gros d'onguent mercuriel double sont employés toutes les trois heures en frictions sur l'abdomen.)

Le 19, le même état persiste. (Continuation des frictions mercurielles.)

Le 20, le paroxysme de la nuit a été plus court et moins intense. La cé-

phalalgie, l'assoupissement et l'agitation ont subi une notable diminution. Les soubresauts des tendons et les autres mouvements nerveux sont plus rares. La diarrhée continue, mais la volonté préside aux évacuations. Le délire ne se déclare qu'à de longs intervalles. Le ventre est moins tendu ; le pouls a perdu de sa fréquence et de sa petitesse. La bouche se dépouille de son état fuligineux, et la langue commence à s'humecter. (Même traitement.)

Le 21, l'amélioration se soutient, elle ne fait pas de progrès. La bouche est très-humide, les gencives sont rouges, engorgées et sensibles. (Même traitement.)

Le 22, nuit calme ; sommeil ; l'état d'irritation de la bouche a augmenté. Une exsudation blanchâtre recouvre plusieurs points de la membrane muqueuse. Un flux abondant de salive est survenu. L'amélioration qui s'est déclarée depuis deux jours offre un accroissement des plus remarquables. L'assoupissement a cessé. L'expression de la face est presque naturelle. Ce n'est que lorsque le malade a parlé trop longtemps qu'il arrive un peu d'incohérence dans ses propos. Le pouls ne conserve qu'une légère fréquence. Le front n'est plus douloureux. Le ventre est affaissé et complétement indolent. Plus de soubresauts dans les tendons. Diminution de la diarrhée. Ce qui occupe le plus l'attention du malade, c'est l'état pathologique de la bouche, qui lui inspire un sentiment continuel d'alarmes et lui arrache de temps en temps des gémissements. (Cessation des frictions mercurielles.)

Dès ce jour, la convalescence fit des progrès rapides et non interrompus. Le ptyalisme fut abondant pendant quelques jours. Des sangsues au cou, des gargarismes adoucissants, et plus tard acidulés et astringents, furent les seuls moyens mis en usage pour combattre ce résultat de l'action du mercure.

Les observations que je viens de rapporter retracent évidemment les caractères rationnels de la fièvre typhoïde ; elles témoignent en même temps de l'utilité des préparations mercurielles dans le traitement de cette affection.

Comme ces exemples l'indiquent, je n'ai eu recours à ce genre de médication que lorsque la maladie était parvenue à un haut degré de gravité.

Dans la méthode de traitement que j'ai mise en usage, les onctions mercurielles sont employées tantôt isolément et tantôt simultanément avec l'administration intérieure du calomel.

Les onctions sont pratiquées sur les téguments de l'abdomen et des cuisses. Elles sont répétées à des intervalles rapprochés. Leur dose est de 8 grammes.

Les surfaces cutanées qui doivent recevoir cette application sont lotionnées fréquemment avec de l'eau de savon froide. Peut-être cette précaution est-elle utile pour faciliter l'absorption, qui probablement ne s'opère pas avec autant d'activité que dans l'état normal, à cause de l'aridité, de la chaleur élevée de la peau et d'une influence spéciale de la maladie.

Le calomel n'est administré concurremment avec les onctions que lorsque la fièvre typhoïde paraît offrir un danger imminent et exiger un traitement plus énergique. C'est principalement dans les cas où il existe de la constipation, et dans ceux où le dévoiement est modéré, qu'il est prescrit avec plus de chances de succès; les doses auxquelles il est donné dépassent rarement 50 centigrammes par jour. Si son action provoque des évacuations alvines trop abondantes et trop réitérées, l'usage en est suspendu. Il n'est repris que lorsque ces évacuations se suppriment ou deviennent plus rares.

Lorsqu'une amélioration bien dessinée et bien progressive se déclare dans les phénomènes de la fièvre typhoïde, l'emploi des préparations mercurielles, d'abord réduit dans ses proportions, doit être bientôt interrompu. Alors, la maladie rentre dans les conditions où les méthodes rationnelles qui ne se fondent que sur les indications méritent la préférence sur celles que l'expérience n'a pas encore suffisamment sanctionnées.

Dans une affection aussi grave que la fièvre typhoïde et qui ébranle si profondément tout l'organisme, on n'est certainement pas en droit de réclamer d'un traitement quelconque un prompt retour de la santé. Cependant, sous l'influence de la médication mercurielle, la convalescence nous a paru être sensiblement abrégée.

Il résulterait des observations que renferme ce travail, et d'autres beaucoup plus nombreuses que j'ai recueillies, que l'influence heureuse des mercuriaux s'exercerait d'abord sur les désordres de l'innervation, et qu'elle s'étendrait ensuite sur ceux de la circulation et de l'appareil digestif.

De tous les symptômes de la fièvre typhoïde, celui qui paraîtrait persévérer le plus de temps, augmenter et s'établir même pendant l'emploi seul des onctions mercurielles, ce serait le dévoiement.

Les conditions qui favoriseraient le plus les bons effets du traitement mercuriel sont : l'époque récente de l'invasion de la fièvre typhoïde, l'énergie du pouls et les forces générales.

Cette méthode m'a semblé complétement contre-indiquée toutes les fois que cette maladie, sous forme grave, progressait avec lenteur, qu'elle offrait les signes d'une adynamie profonde, et qu'elle atteignait un sujet débilité.

J'ai rarement vu, dans le traitement de la fièvre typhoïde, les préparations mercurielles provoquer une stomatite intense. Il est vrai qu'à la première manifestation de cette action je me hâte de diminuer les doses du médicament, d'en suspendre au plus tôt l'emploi ; de faire pratiquer, d'après la méthode de M. le professeur Velpeau, des fric-

tions alumineuses sur les gencives, et de donner des boissons acidules abondantes.

La dernière observation que je cite dans ce travail nous montre un exemple remarquable de cet excès d'influence du mercure sur la bouche; loin de constituer, alors, un accident redoutable, il semble favoriser et hâter même la solution heureuse de la maladie.

J. MAZADE, D. M.
à Anduze (Gard).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE QUELQUES PROCÉDÉS PEU USITÉS DANS LE TRAITEMENT DES COARCTATIONS ORGANIQUES DE L'URÈTRE : DE L'URÉTROTOMIE DE DEDANS EN DEHORS.

Par le docteur CIVIALE.

(Deuxième article (1).)

L'idée de porter un instrument tranchant ou piquant dans l'urètre, soit pour se frayer une route qui permette de donner issue à l'urine, soit pour faciliter la dilatation des points rétrécis, soit même pour former un nouveau canal, dut se présenter en même temps que celle de recourir aux sondes ou aux bougies. Ce n'est donc pas d'une découverte que j'ai à tracer ici l'histoire ; il s'agit de moyens connus ; seulement, on ne les avait pas combinés de manière à leur faire produire tout ce qu'on peut en obtenir. Les modernes, en les remettant en lumière en ont perfectionné quelques-uns, et ont ainsi satisfait à d'importantes indications ; cependant les principales questions de théorie, et surtout de pratique, n'ont pas reçu de solution définitive. J'ai essayé de combler cette lacune.

Ce n'est pas la première fois que je traite ces questions. Dans le premier volume de mon Traité pratique (1837 et 1842) et, plus tard, dans le *Bulletin de Thérapeutique* (tome XXVII, p. 213), j'ai présenté quelques considérations sur l'urétrotomie ainsi que sur divers procédés anciens ou nouveaux, à l'aide desquels on se proposait de forcer les coarctations urétrales. Si je ne présentai alors que de courtes remarques, c'est que les faits connus n'étaient ni assez nombreux, ni surtout assez complets pour faire autorité. La majorité des praticiens d'ailleurs ne paraissait pas disposée à adopter ces modes de traitement.

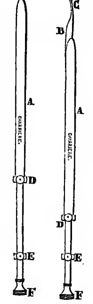
(1) Voir la livraison du 15 novembre, page 401.

La question ayant pris des proportions plus larges, mérite d'être étudiée d'une manière plus sérieuse. Toutefois, pour ne pas dépasser les limites qui me sont assignées, je me bornerai ici à faire une exposition succincte des instruments et des procédés de l'urétrotomie, et à indiquer les résultats que j'ai obtenus. Je dirai ensuite ce qui milite en faveur de la méthode, mais je ne laisserai pas ignorer qu'il y a des points encore douteux, et c'est sur ces points principalement que j'appellerai l'attention des observateurs. D'ailleurs, en transmettant à mes confrères ce qui est pour moi une conviction, je ne prétends pas enchaîner leur opinion ; je veux seulement leur faire connaître les fondements sur lesquels reposent les miennes.

Incision des rétrécissements d'avant en arrière. — Il y a plusieurs manières de faire cette opération. Le plus communément, on agit sans guide et l'on se borne à pousser dans la direction présumée du canal un stylet pointu ou tranchant, terminé en fer de lance, un trocart ou un instrument déjà employé par Physick, dont on attribue à tort l'invention à Stafford. Nous ne connaissons pas bien tous les moyens usités chez les anciens, ni la manière dont on procédait à l'opération. Les rapides détails qu'on rencontre à droite et à gauche sont trop incomplets pour conduire à rien de précis. La seule chose qui en ressorte bien positivement, c'est que, dès les temps les plus reculés, cette opération était connue. Elle eut assez de retentissement à la fin du seizième siècle pour que la Faculté de Paris crût devoir intervenir, et ce fut là un des principaux motifs pour lesquels, dans une censure en date du 5 décembre 1603, elle déclara Turquet de Mayerne indigne d'exercer l'art de guérir : *propter temeritatem, impudentiam et ignorantiam,* ce qui ne l'empêcha pas de devenir un homme fort célèbre, auquel le roi d'Angleterre confia le soin de sa santé. Quoi qu'il en soit, les instruments qu'ont décrits Ambroise Paré, Lafaye, etc., ont été reproduits, tant en France qu'à l'étranger, avec des changements sur la portée desquels on s'est fait illusion. En effet, que la courbure de l'instrument soit un peu plus ou un peu moins grande, que la partie tranchante ou piquante fasse au bout de la canule une saillie plus ou moins prononcée, qu'on fasse sortir la lame par la simple pression de la main, au moyen d'un ressort, ou de toute autre manière ; que cette lame soit mince et à deux tranchants, ou épaisse et triangulaire en façon de trocart, ou qu'elle ait toute autre forme, il n'y aura pas une grande différence ni dans l'action de l'instrument, ni dans la manière de procéder.

Pour faciliter la manœuvre et éviter les écueils, les modernes ont ajouté à l'instrument une tige conductrice, dont ils se sont exagéré l'importance. Il n'est pas rare, en effet, d'observer, spécialement sous

l'arcade pubienne, des rétrécissements dont la lumière est si petite, que les stylets les plus déliés ne s'engagent pas. D'un autre côté, au lieu d'écarter les obstacles et de mettre à l'abri du danger, ces stylets conducteurs, flexibles ou rigides, peuvent devenir eux-mêmes une source de difficultés et de méprises, ce dont j'ai été témoin. Il ne faut donc pas perdre de vue que, si parfois on a réussi par ce moyen dans les cas de rétrécissements siégeant sous l'arcade pubienne, un hasard heureux a eu une forte part dans le succès.



J'ai eu quelquefois recours à ce procédé, à la partie pénienne de l'urètre, au moyen d'un instrument fort simple. Une tige conductrice C fait corps avec la lame B, qui va en s'élargissant à partir de la base du stylet conducteur. Elle est logée dans une canule aplatie AA, d'où on la fait sortir en appuyant sur la rondelle terminale FF ; un curseur EE est destiné à faire connaître et à régler l'étendue dont la lame sort de la gaîne. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur ce procédé rarement applicable, et toujours semé de difficultés et d'écueils. Je glisserai aussi sur celui qui consiste à pratiquer des incisions superficielles, désignées sous les noms de scarifications ou de mouchetures urétrales.

Division des rétrécissements d'arrière en avant. — 1° Toutes les fois que l'orifice externe de l'urètre est trop étroit pour laisser passer librement soit les instruments qu'on veut introduire dans les parties profondes du canal ou dans la vessie, soit les graviers ou fragments de calcul qui viennent de ce dernier viscère ; toutes les fois aussi qu'il s'agit de détruire un rétrécissement organique dont cette partie est devenue le siége, on doit recourir au débridement, à l'incision, comprenant tous les tissus qui constituent l'état maladif. La dilatation et la cautérisation seraient alors des méthodes douloureuses, qui pourraient même avoir d'autres inconvénients plus graves que celui de ne produire aucun effet utile. C'est un précepte que je crois avoir parfaitement établi depuis longtemps, et en faveur duquel les faits déposent aujourd'hui par centaines.

En effet, depuis 1823, j'ai opéré chaque année de 30 à 40 malades, et j'ai obtenu une guérison prompte et complète toutes les fois que j'avais donné à l'incision assez d'étendue pour diviser tous les tis-

sus indurés. Au contraire, quand la division des tissus était insuffisante, le traitement a été long, douloureux, inutile même, et il a fallu recommencer.

Pour pratiquer cette petite opération, je me sers d'un instrument spécial dont j'ai donné la figure en 1827 (voy. mon Traité de la lithotritie), et qui rend chaque jour de grands services. Au moyen de cet *urétrotome*, on donne à la division des tissus une étendue et une profondeur dont les limites peuvent être déterminées d'une manière rigoureuse. Avant de l'introduire, on fixe au point voulu le degré d'écartement de la lame, on le plonge dans l'huile, et on l'engage dans le méat urinaire, la rainure tournée en bas ; dès qu'il est arrivé à l'extrémité de la fosse naviculaire, ou derrière la nodosité, ce qu'on sent à l'aide des doigts de la main gauche, on appuie le médius et l'indicateur de la main droite sur la bascule, puis on tire à soi, et le débridement est opéré, sans qu'on ait ni besoin de peser avec la lame sur les tissus, ni crainte de diviser trop ou trop peu.

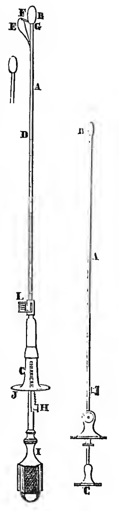
C'est sur la face inférieure et parallèlement au frein qu'on pratique le débridement du méat urinaire. S'il existe une coarctation à la partie postérieure de la fosse naviculaire ou un peu plus loin, on pousse l'urétrotome jusqu'au point où l'on veut que l'incision commence. Quand il s'agit d'une simple bride, la division s'opère avec une grande facilité ; lorsqu'il est question d'un rétrécissement dur, épais, formant nodosité à l'extérieur, la section est moins facile à pratiquer ; il faut appuyer davantage sur la bascule, et tirer l'instrument avec une force proportionnée à la résistance qu'il rencontre. Au reste, dans un cas comme dans l'autre, la division des tissus a lieu d'une manière instantanée, et elle est terminée avant que le malade ait le temps de se plaindre.

2° L'urétrotomie peut être utile aussi contre les rétrécissements qui ont leur siége dans la partie libre ou mobile de l'urètre. Elle a été pratiquée là un grand nombre de fois par d'habiles praticiens, et si le résultat n'a pas toujours été aussi satisfaisant qu'on l'aurait désiré, c'est à la gravité de l'état morbide, à sa nature, quelquefois aussi à la manière de procéder qu'il faut surtout s'en prendre.

Malgré les succès que j'obtenais chaque jour, par la méthode des grandes incisions, contre les coarctations voisines du méat urinaire, j'avais reculé devant l'idée d'appliquer cette méthode à la partie profonde de l'urètre. Les opérations hardies de M. Reybard, dont une remonte à 1826, m'ont encouragé, et j'ai entrepris une série d'expériences qui m'ont conduit à appliquer les procédés que je fais connaître aujourd'hui.

Mais pour cette série de cas il s'agit d'une méthode exceptionnelle, applicable seulement lorsque la dilatation cesse d'être utile ou devient impossible.

La figure ci-contre représente l'urétrotome dont je me sers, monté et armé à trois lignes. Le curseur *l* est reculé jusqu'au pavillon *c*, formant l'extrémité de la canule *a* dont l'autre bout se termine par une olive *b*. Dans celle-ci sont logées la lame *e* et la languette articulée *f*, fixée au dos de la lame au moyen d'une charnière, et s'arcboutant sur un point d'appui *g*, ménagé à la base de l'olive; pour faire saillir la lame, on tire sur le manche *i* fixé à la tige porte-lame, qui est logée dans une rainure longitudinale de la gaîne.



Entre le manche et la rondelle du pavillon *j* se trouve un bouton ou une partie carrée *h*, prolongement de la crémaillère qui sort du pavillon dans la proportion de la saillie qu'on donne à la lame.

Les autres figures représentent, l'une, l'extrémité olivaire du même instrument, avec la lance cachée dans la rainure; et l'autre, un urétrotome plus petit, déjà connu, dont je me suis servi quelquefois pour pratiquer la première incision. Le mécanisme en est fort simple : en poussant la rondelle *c*, on fait sortir de l'olive la lance *b* supportée par une tige flexible renfermée dans la canule *a*.

Les bougies dont on a fait usage, ou l'urétrotomie d'avant en arrière, dont je viens de parler, ont procuré, au moins pour quelques jours, une dilatation qui suffit au passage de l'urétrotome à olive. On en prend un dont la boule terminale soit proportionnée au degré d'ouverture du point rétréci, contre lequel on la maintient appuyée pendant quelques instants; on la pousse d'une manière lente et graduée; au moment où elle franchit, la cessation de toute résistance fait éprouver une légère secousse. Dès qu'elle est parvenue derrière le rétrécissement, l'olive ne se trouve plus serrée, à moins qu'il n'y ait une autre coarctation située plus loin; on lui imprime de petits mouvements de va-et-vient. Au moyen de cet instrument, on détermine, au moment même de l'opération, l'étendue de la coarctation d'avant en arrière, résultat obtenu

avec le secours du curseur et de l'échelle graduée de la canule, qui font connaître le point où l'olive est arrêtée au devant du rétrécissement. Après l'avoir fait passer derrière celui-ci, on la tire à soi, jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance, et par là on sait exactement quelle est l'étendue de la coarctation. Si l'on conservait le moindre doute, on répéterait l'exploration, ce qui est facile et peu douloureux. Quant à l'épaisseur des parties indurées, le toucher constate avec précision la saillie que ces parties font à l'extérieur. On sait donc où l'incision doit commencer et finir. L'étendue qu'elle doit avoir de dedans en dehors est déterminée par l'instrument lui-même, par la quantité dont on fait sortir la lame. Dès qu'on a obtenu des renseignements suffisants, l'olive étant placée derrière le point rétréci, on pousse l'instrument plus loin de deux ou trois lignes, on fait sortir la lame, on *arme* l'urétrotome, en tirant graduellement sur le manche.

La crémaillère présente quatre crans qui font entendre, en sortant du pavillon, un bruit de cric. Chaque cran indique que la lame est sortie d'une ligne de l'olive; il importe de compter avec soin le nombre de ces bruits, ou bien de s'assurer par l'inspection combien de crans sont sortis du pavillon, car en tirant sur le manche plus qu'il ne faut, on donnerait trop de saillie à la lame; l'on pourrait même désarmer l'instrument qui, cessant d'agir alors, doit être retiré afin de replacer la languette comme elle doit l'être pour qu'elle puisse fonctionner. J'insiste sur ces particularités, parce que j'ai vu des chirurgiens sans expérience, ou qui n'avaient pas assez étudié le mécanisme de l'urétrotome, se trouver fort étonnés d'avoir manœuvré longtemps sans obtenir le résultat qu'ils attendaient : je suppose donc l'instrument armé comme il doit l'être ; on le tire à soi lentement et sans secousses, jusqu'à ce que la nodosité soit entièrement divisée, ce dont on est averti par le toucher, par le manque de résistance et par les notions préalablement acquises sur la longueur de la coarctation.

Il ne sera pas inutile de rappeler ici, dans le but de répondre à des objections spécieuses, que l'instrument tranchant n'agit pas dans l'urètre comme dans la pratique ordinaire de la chirurgie. La profondeur à laquelle la lame pénètre dans les tissus est déterminée non par la pression qu'exerce la main de l'opérateur, mais bien par le mécanisme spécial de l'appareil. Dans mes urétrotomes, la lame ne peut aller au delà, comme elle ne peut rester en deçà du but qu'on veut atteindre ; elle ne peut ni couper plus, ni couper moins ; et tout instrument qui n'offrirait pas ces conditions doit être rejeté.

La manière dont on procède est fort simple : je suppose une coarctation dont la lumière est d'une ligne, l'olive de l'urétrotome aura

aussi une ligne de diamètre ; elle remplit donc exactement l'ouverture du point rétréci. Dès qu'on est parvenu derrière celui-ci, si l'on fait sortir la lame d'une ligne en dehors de l'olive, l'instrument ne peut être retiré sans diviser les tissus de toute la quantité dont la lame sort, et sans qu'il soit nécessaire d'appuyer sur le tranchant, on ne fait que tirer à soi l'instrument ainsi armé. Cette première incision aura une ligne de profondeur : elle en aura deux, trois ou quatre, suivant le nombre de lignes dont on fait sortir la lame de l'olive.

En tenant compte de circonstances que j'ai indiquées ailleurs et qui apportent un peu de confusion dans la manœuvre et quelques différences dans ces mesures, voici les limites dans lesquelles il convient de se renfermer : dans les cas de simple bride au méat urinaire, l'incision a de trois à six lignes de longueur, et d'une à quatre lignes de profondeur, suivant le diamètre du canal à son orifice : s'il y a deux rétrécissements, occupant les deux extrémités de la fosse naviculaire, la profondeur est la même et la longueur varie d'un pouce à quinze lignes.

Dans les rétrécissements de la partie pénienne, la profondeur ne diffère pas, et la longueur est proportionnée à l'étendue de la coarctation ; elle varie d'un à quatre pouces, il vaut mieux couper trop que trop peu. L'incision doit dépasser en avant et en arrière l'étendue du rétrécissement, de trois à quatre lignes, afin que la plaie ne soit à pic d'un côté ni de l'autre.

3° A la courbure de l'urètre il est des cas dans lesquels l'urétrotomie sous-pubienne est applicable. Déjà des faits pratiques ont été publiés : des expériences ont été récemment tentées à ce sujet, et le grand nombre d'urétrotomes courbes qu'ont proposés divers chirurgiens montre que cette opération compte aujourd'hui de nombreux partisans.

L'occasion s'est rarement offerte à moi d'appliquer l'urétrotomie à la partie profonde de l'urètre. Je n'ai donc pas, comme pour les cas qui viennent d'être passés en revue, une expérience personnelle aussi grande à opposer aux combinaisons théoriques dont on nous a esquissé si complaisamment le tableau. Toutefois, en réunissant les quelques faits que j'ai recueillis, et ceux dont j'ai été témoin, ma conviction s'est faite ; j'ai reconnu d'abord qu'il n'était pas nécessaire de recourir à des appareils spéciaux. Les urétrotomes droits et à boule peuvent être employés ici aussi bien que dans les cas précédents. On sait, en effet, que le siége ordinaire de ces rétrécissements est au-dessous de l'arcade pubienne et non plus profondément. Or, l'expérience a appris que, dans la généralité des cas, les instruments droits y pénètrent aussi facilement que ceux qui sont courbes ; avec ceux-ci même on manœuvre moins commodément et avec moins de certitude.

Dans tous les cas on ne doit point perdre de vue qu'un instrument quel qu'il soit, cylindrique ou à bouton, rigide ou flexible, droit ou courbe, traverse difficilement une coarctation au-dessous du pubis : à l'étroitesse du canal se joint le changement de direction, et, pour peu que le rétrécissement soit considérable, on ne parvient à le franchir qu'après des tâtonnements plus ou moins répétés, souvent même on ne réussit pas.

Ces difficultés ne se sont point présentées dans ma pratique, parce que j'ai eu recours à l'urétrotomie, non au début, mais bien à une époque plus ou moins avancée du traitement, lorsque la dilatation était devenue impuissante à cause de la raideur et de la rétractilité des tissus malades.

D'après les opinions généralement admises, on s'attendait à voir survenir des accidents formidables à la suite d'incisions intra-urétrales aussi étendues. Eh bien ! à l'exception d'un gonflement inflammatoire circonscrit à l'endroit incisé, de quelques cas rares d'infiltration urineuse, de quelques ecchymoses sans importance, je n'ai rien observé de sérieux. L'écoulement sanguin a toujours été peu de chose. Il n'y a eu ni douleurs en urinant, ni suppuration du canal ; l'écoulement urétral est même moindre que dans les autres traitements.

Je sais combien il est difficile de juger une méthode nouvelle de traiter les coarctations urétrales. Je ne puis cependant me dispenser d'apprécier l'urétrotomie, autant du moins que l'état actuel de la science permet de le faire. Il faut se rappeler que cette opération, quoique d'une date ancienne, est encore si peu connue, si peu étudiée, si peu pratiquée, ou bien on y a eu recours dans des circonstances si exceptionnelles, qu'on ne saurait avoir d'opinion arrêtée à son sujet. Cette méthode, d'ailleurs, est en dehors des habitudes de la chirurgie, l'idée seule de porter un instrument tranchant à la partie profonde de l'urètre, dans le but d'y pratiquer des incisions longues et profondes, devant inspirer des craintes d'autant plus sérieuses que le simple contact de l'urine avec les tissus dénudés, était réputé un fait grave. J'ai vu des chirurgiens fort éclairés ne pas concevoir la possibilité d'une telle opération, et d'autres ne revenir de leur prévention contre elle, qu'après avoir vu opérer plusieurs malades. Je demeure convaincu qu'il se passera longtemps encore avant que l'opinion générale soit fixée sur sa valeur réelle. Car, d'un côté, il faut, pour la bien juger, se livrer à des recherches et à des expérimentations que tous les chirurgiens ne sont pas en position de faire ; d'un autre côté, ses partisans comme ses antagonistes se sont livrés à des exagérations telles, que sans le secours d'une expérience personnelle, il est presque impossible

de démêler la vérité au milieu de tant d'assertions contradictoires.

Si nous ouvrons les traités généraux de chirurgie, nous voyons les uns n'en pas faire mention, et les autres, ceux mêmes qui passent pour être le plus au courant de la science, tomber dans des méprises manifestes. Aux yeux des uns, c'est une méthode barbare ; les autres viennent nous dire qu'elle est la plus efficace, qu'elle est la seule même capable de triompher de *toutes* les coarctations urétrales.

Au dire de ceux-ci, il n'y a de rationnelles que les incisions assez petites pour intéresser seulement la membrane muqueuse *indurée, épaissie,* et les incisions longues et profondes doivent être proscrites comme un moyen antichirurgical, capable d'entraîner les plus graves désordres, de porter le trouble, soit dans l'excrétion de l'urine, soit dans les fonctions génitales, et même de causer la mort.

Suivant ceux-là, les mouchetures, les scarifications, c'est-à-dire les incisions très-superficielles, n'ont d'autre effet, comme la cautérisation, que d'aggraver le mal dans les cas de rétrécissements durs et calleux.

La même dissidence se retrouve dans les traités spéciaux, dont les auteurs ne se sont pas toujours tenus, d'ailleurs, dans les règles du bon goût et dans les habitudes sévères de la pratique. Ils se sont dispensés, pour la plupart, de mentionner les travaux des autres, et en faisant connaître leurs succès, ils ont donné à entendre qu'il fallait les rapporter à des procédés spéciaux, dont ils seraient en possession. Cette manière d'agir ne peut que jeter de l'obscurité dans une question déjà si complexe.

Le fait est, cependant, que l'urétrotomie ne mérite ni les éloges que les uns lui prodiguent, ni le blâme dont les autres la frappent. Ce n'est pas dans ces systèmes exclusifs qu'il faut aller chercher la vérité.

Comme toutes les méthodes thérapeutiques, celle des grandes incisions ne doit être jugée que d'après les résultats qu'elle donne quand elle est régulièrement appliquée, à l'aide des moyens les plus parfaits, et qu'on s'est strictement renfermé dans sa sphère d'action.

Jusqu'à nos jours, on se bornait à ponctionner les coarctations urétrales d'avant en arrière. Ce n'est pas sur ce procédé aventureux, semé d'écueils, qu'il faut juger l'urétrotomie ; il en est de même des scarifications, qui sont au moins inutiles dans les cas qui réclament l'emploi de l'instrument tranchant.

En procédant à la division des tissus d'arrière en avant et en donnant aux incisions assez d'étendue et de profondeur pour atteindre toutes les parties malades, on a fait de l'urétrotomie une méthode nouvelle. C'est cette méthode qu'il s'agit d'apprécier ; mais tous les moyens de l'appliquer n'ont pas la même valeur. Ici la *cylindricité* de l'instrument laisse

dans l'incertitude sur les points où l'incision doit commencer et finir ; là, le trop peu de saillie de la lame ne permet pas d'inciser assez profondément ; ailleurs, le manque de solidité de l'appareil et la complication du mécanisme qui le fait fonctionner ne mettent pas à même d'agir avec la sécurité désirable ; quelques-uns enfin sont impropres à diviser les tissus indurés qui forment la coarctation, soit que les lames ne sortent pas assez de l'olive terminale, soit que, placées de champ, elles n'agissent qu'en pressant. Ces particularités introduisaient dans la question des éléments divers, des modificateurs puissants dont il fallait préalablement la débarrasser, en régularisant l'appareil instrumental et en donnant au procédé opératoire la simplicité et la sûreté dont il est susceptible.

Il en est de même de la distinction des cas : je n'ai pas à y revenir ; qu'il me suffise de rappeler :

1° Que contre les rétrécissements de l'extrémité du pénis, l'urétrotomie mérite justement le titre de méthode générale. L'expérience a prouvé qu'elle est la plus prompte, la plus sûre et la moins douloureuse.

2° Qu'aux parties profondes du canal, on ne doit recourir à la méthode des grandes incisions que dans les cas de rétrécissements *dits* calleux, durs, rétractiles, qui résistent à la dilatation temporaire, qu'exaspère la cautérisation, qui cèdent à la dilatation permanente, mais qui se reproduisent dès qu'on cesse l'usage des sondes. Ainsi restreinte et appliquée à des cas parfaitement déterminés, l'urétrotomie a donné des résultats propres à fixer les opinions sur sa valeur réelle. Je me bornerai à indiquer ici les faits de ma pratique ; non que je dédaigne ceux qu'ont recueillis d'autres chirurgiens, ni que je cherche à en amoindrir l'importance, mais uniquement parce qu'on ne me paraît pas s'être renfermé dans les mêmes limites, et qu'il est convenable d'ailleurs de laisser à chacun le soin de publier les faits qui lui sont propres.

Depuis trois années, j'ai rencontré vingt-deux cas dans lesquels j'ai appliqué la nouvelle méthode à la partie profonde de l'urètre. Dans huit cas, il n'a été fait qu'une seule incision ; dans sept, j'en ai fait deux. Dans cinq, il y en a eu trois, et pour les autres il en a fallu quatre dans un cas, cinq dans un autre, et six dans le dernier. Tous ces malades étaient gravement atteints ; tous avaient des coarctations, inutilement traitées, même plusieurs fois, par les autres moyens dont l'art dispose. Dans dix-huit cas, j'ai obtenu la guérison ; dans trois, il y a eu seulement amélioration ; le vingt-deuxième a succombé deux mois après l'opération, par suite d'accidents que j'ai fait connaître et qui se rattachaient plus ou moins à la manœuvre. Ici les heureux résultats de l'urétrotomie ne sauraient être contestés ; sans parler des effets immédiats

de l'opération, qui sont toujours favorables, la coarctation, contre laquelle on luttait en vain depuis longtemps, a cédé tout à coup, par une manœuvre peu douloureuse et sans accidents graves. Et bien qu'il ait fallu recourir ensuite à un traitement plus ou moins long pour ramener les parois du canal à leurs conditions normales de souplesse et d'élasticité, établir et consolider la guérison, l'incision n'en a pas moins offert une ressource précieuse, au moment même où le praticien se trouvait arrêté.

Ce serait s'abuser toutefois que de croire, avec quelques chirurgiens, que l'urétrotomie constitue à elle seule une méthode générale et exclusive de traitement des coarctations urétrales, supérieure à toute autre. Presque toujours, en effet, il faut dilater avant d'inciser, il faut dilater après pour achever la guérison. L'incision n'est donc, en réalité, qu'un moyen d'aider la dilatation, de la rendre plus prompte, plus efficace, moins douloureuse, enfin de la faire possible là où elle cessait de l'être.

D'un autre côté, c'est se méprendre aussi que de venir nous dire : si l'urétrotomie ne peut être faite que lorsqu'on s'est déjà frayé une route par d'autres moyens, son utilité est au moins contestable, puisqu'on pourrait très-bien continuer le traitement par les mêmes moyens. C'est là une grave erreur, que la pratique de tous les jours met en complète évidence. Assurément il n'est pas rare de parvenir, à l'aide des sondes, à dilater suffisamment le canal pour que l'urine sorte; mais ce n'est point là la guérison; ce n'est qu'une amélioration temporaire dont le malade ne parvient à prolonger la durée que par des soins de tous les instants, et il ne réussit même pas toujours. L'urétrotomie, en facilitant la dilatation, au point de restituer au canal son élasticité et sa dilatabilité normales, en détruisant, ou du moins en atténuant la rétractilité des tissus indurés qui tendent sans cesse à revenir sur eux-mêmes, augmente incontestablement nos ressources thérapeutiques, en même temps qu'elle assure le succès d'autres moyens qui, sans elle, seraient frappés d'impuissance.

En résumé donc, je crois que l'expérience permet aujourd'hui d'établir les propositions suivantes :

1° Que l'urétrotomie d'arrière en avant, telle que je viens de l'exposer, constitue un perfectionnement de la thérapeutique chirurgicale;

2° Qu'elle est incontestablement préférable à toute autre méthode contre les coarctations voisines du méat urinaire;

3° Que dans les rétrécissements longs, durs, rétractiles, qui occupent la partie pénienne et la courbure de l'urètre, des incisions longues et profondes permettent à la dilatation consécutive, dirigée convenablement, de produire des résultats qu'on n'obtiendrait pas sans leur concours;

4° Qu'en suivant le procédé et observant les précautions que j'ai indiqués, l'opération peut être faite sans danger, sans même exposer les malades à des accidents sérieux;

5° Que le procédé d'avant en arrière, et sans guide, est une opération hasardeuse, à laquelle il ne faut recourir que dans quelques cas rares, et seulement comme moyen d'écarter les premiers obstacles et pour faciliter l'emploi d'autres moyens.

A la vérité, il nous reste encore à apprendre ce que deviendront avec le temps les cicatrices que les incisions laissent à la surface interne du canal; si les heureux résultats qu'on obtient immédiatement se soutiendront longtemps; si le dégorgement des tissus indurés et épaissis s'opérera d'une manière complète et définitive; si les malades ne seront pas, à une époque plus ou moins éloignée, exposés à ces rétrécissements qu'on observe après les plaies, les contusions de l'urètre. Mais, en prenant les faits pour ce qu'ils valent aujourd'hui, et même en supposant que les bons effets du traitement ne se maintissent pas en tous points, ce ne serait pas moins quelque chose, beaucoup même, que d'opérer des cures palliatives dans des cas où l'on n'avait pas pu encore y parvenir, et d'affranchir, pour quelque temps, les malheureux malades d'incommodités contre lesquelles les moyens usités jusqu'à ce jour étaient impuissants.

Quant à vouloir ériger l'urétrotomie en méthode générale pour le traitement des coarctations urétrales, ce serait se méprendre sur la valeur réelle de ce moyen, engager les praticiens dans une fausse voie, et condamner la chirurgie à faire un pas rétrograde, malheur qu'une science ne doit jamais subir quand tout, autour d'elle, est en voie de progrès.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LA PRÉPARATION DES TISANES DANS LES HOPITAUX.

M. Grandval, pharmacien de l'hôpital de Reims, s'est livré à quelques recherches sur les causes de la prompte altération des tisanes des hôpitaux, que nous allons faire connaître.

Il est, dit-il, peu de personnes fréquentant les hôpitaux, qui n'aient remarqué la rapidité avec laquelle s'y altèrent la plupart des tisanes, et le goût détestable qu'elles y acquièrent souvent après quelques heures de préparation, surtout si on les observe en été, après un court séjour dans les salles.

La cause de cette altération est due en partie à l'emploi de la racine

de réglisse comme édulcorant. Cette racine, en effet, contient une si grande quantité d'albumine végétale, que la fermentation s'y développe rapidement, à plus forte raison dans la tisane dite commune des hôpitaux, qui ne contient aucun autre principe.

Jusqu'à présent on n'a traité la racine de réglisse pour tisane que par macération ou infusion ; quelquefois ces deux modes simultanément ; enfin par ébullition.

Assurément le traitement par macération et infusion paraît être plus rationnel ; cependant ce n'est pas le plus avantageux sous le rapport de la conservation des tisanes ; en effet, dans l'infusion, il se trouve une proportion beaucoup plus considérable d'albumine dissoute que dans la décoction, où elle a été en grande partie coagulée ; mais par la décoction la racine est moins complétement épuisée de ses principes solubles que par l'infusion ; en outre, on a dissous de l'huile âcre et un peu d'amidon.

Ces deux modes ont donc chacun leur inconvénient. L'un et l'autre font entrer dans la tisane des principes inutiles et qui lui deviennent préjudiciables.

Les seuls principes contenus dans la racine de réglisse, qu'on ait en vue d'obtenir, sont : la glycyrrhizine d'abord, l'asparagine et les sels solubles ensuite ; ceux que l'on doit en séparer autant que possible sont : la fécule, l'huile résineuse âcre et l'albumine. Pour obtenir ce résultat, voici comment il faut opérer :

On prend de la poudre de réglisse (1 kilogr.) passée au travers d'une toile métallique un peu grosse ; on la traite dans un appareil à lixiviation avec de l'eau à 30° ; on met à part le premier litre de liqueur obtenue et on continue le traitement jusqu'à épuisement. Vers la fin on fait passer à travers la poudre un litre d'eau bouillante, et le traitement est terminé.

Excepté le premier litre de la liqueur obtenue, tout le produit du traitement est employé à la préparation de la tisane commune destinée au service du matin. On porte à l'ébullition le litre de liqueur concentrée pour en coaguler l'albumine, on passe au blanchet et on lave les écumes avec 5 à 6 litres d'eau chaude. Le produit du lavage des écumes est employé à la préparation de la tisane commune pour le service du soir. La liqueur dépurée est plus particulièrement employée à édulcorer les infusions et les décoctions de plantes. Elle peut se conserver plusieurs jours à la cave sans altération. La même liqueur, non privée de son albumine, est profondément altérée après vingt-quatre heures.

Sous le rapport économique, l'emploi de l'appareil à lixiviation

l'emporte de beaucoup sur les autres modes, puisqu'il permet l'épuisement complet de la substance et supprime l'emploi du combustible; sous celui du temps, il en est de même, attendu qu'il suffit, après avoir disposé la poudre de réglisse dans l'appareil, d'y ajouter l'eau, et l'opération se fait d'elle-même.

Nous contestons cette dernière allégation de M. Grandval ; mais pour le reste, nous le croyons réellement dans le vrai. Aussi nous sommes-nous fait un devoir de reproduire ses intéressantes observations. Nous ferons cependant remarquer qu'elles ne peuvent guère être mises à profit que dans les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, les maisons de santé et les infirmeries particulières, où les tisanes se font quelque peu en grand; car la lixiviation et les soins accessoires recommandés par M. Grandval ne sauraient être introduits dans les ménages à la préparation des tisanes à la réglisse.

MODE POUVANT REMPLACER LA CARBONISATION DANS LA RECHERCHE DE L'ARSENIC.

On sait que dans les recherches médico-légales de l'arsenic, il faut carboniser les matières animales suspectes pour arriver à la constatation de ce corps, et on sait aussi les précautions qu'exige cette opération. M. Lassaigne vient proposer un mode plus simple, qui consiste dans le traitement à chaud et successif des matières animales par les acides sulfurique et azotique concentrés.

Après avoir divisé les matières solides, on les introduit dans un ballon de verre, on les dissout à chaud par l'acide sulfurique jusqu'à commencement de carbonisation, on verse dans la dissolution refroidie de l'acide azotique en excès et on fait bouillir jusqu'à décomposition complète de ce dernier; on étend ensuite cette dissolution de cinq à six fois son volume d'eau distillée, et on la filtre avant de l'introduire dans l'appareil de Marsh, pour séparer les matières grasses qui n'ont pu se dissoudre dans la réaction.

Les quantités successives des acides nécessaires sont à peu près égales en poids à celui des matières à analyser.

Ce mode d'épreuve, d'après son auteur, dont le talent est bien connu, fournit un liquide dans lequel se trouve réuni tout l'arsenic qui existait dans la matière organique en examen, et qui ne mousse pas sensiblement durant la marche de l'appareil de Marsh. D.

PRINCIPE RÉSINEUX RETIRÉ DU SÉNÉ.

Quel est le principe actif du séné? Telle est la question que chaque jour la thérapeutique médicale adresse à la chimie; cette action est-elle

due à la cathartine de MM. Lassaigne et Fennelle, ou à un principe extractif, selon Schwilgné? Dans le but de lever le doute, j'ai entrepris sur ce sujet une série d'expériences, qui ne m'ont conduit qu'à en isoler une résine, qui s'y forme sous l'influence de la fermentation.

Plusieurs causes rendent l'analyse du séné difficile: d'abord, il contient une grande quantité de mucus et d'albumine; et ensuite, si l'on en croit l'assertion des auteurs qui, dans un autre siècle, ont écrit sur cette substance, assertion que nos auteurs modernes ont reproduite dans leurs traités de matière médicale, cette plante perdrait de ses vertus par l'effet de la chaleur; aussi, voulant éviter l'emploi de cet agent à une température élevée, ainsi que l'action des sels métalliques sur le mucus et l'albumine que l'eau y dissout, j'ai suivi le procédé qu'avait employé M. Blondeau pour extraire la morphine de l'opium.

La résine du séné a une saveur désagréable; son odeur, due à de l'huile essentielle, est forte; elle rappelle l'odeur des infusions aqueuses de séné; sa consistance est molle; sa couleur est vert-olive. Cette couleur change par une longue exposition à l'air atmosphérique, et devient rouge; elle est soluble dans les éthers et l'alcool rectifié; les solutions alcooliques sont précipitées en blanc par une addition d'eau ordinaire; mise sur des charbons ardents, elle y brûle en répandant d'abondantes vapeurs fuligineuses.

Modus faciendi.

Séné grablé...........	500 grammes.
Sucre blanc...........	125 —
Eau distillée..........	2 kil.

Mêlez, laissez macérer à froid pendant deux jours. Ajoutez :

Levûre de bière........	40 grammes.

Placez ce mélange dans une étuve chauffée à 25 ou 30 degrés.

Trois jours après, passez avec légère expression.

Le liquide qu'on obtient est fortement chargé de principe colorant jaune; son odeur est pénétrante, sa saveur est celle du séné; elle rougit le papier de tournesol. Saturez ce liquide avec de la magnésie calcinée, filtrez, lavez le précipité magnésien avec de l'eau distillée froide. Faites sécher.

Traitez par l'alcool rectifié bouillant ce précipité magnésien, préalablement réduit en poudre.

Filtrez le liquide encore chaud.

Distillez cet alcoolé au bain-marie jusqu'aux deux tiers de sa quantité; évaporez au bain-marie et à une douce chaleur le tiers restant.

Chaque fois que j'ai pris quelques centigrammes de cette résine dissoute dans de l'alcool, j'ai éprouvé des nausées et quelques envies de vomir.

On peut obtenir directement une petite quantité d'huile essentielle de séné, en distillant au bain-marie cette plante traitée par fermentation.

Si l'on évapore au bain-marie le liquide que l'on a séparé du précipité magnésien, on obtient un extrait rouge-brun foncé ; cet extrait a peu d'odeur et de saveur, il est parfaitement soluble dans l'eau froide. Les solutions ne sont précipitées ni par le sulfate de fer, ni par l'acide iodique, ni par l'ammoniaque.

J'ai pu ingérer en une seule fois deux grammes de cet extrait, sans éprouver d'indisposition. STANISLAS MARTIN, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DE L'ONGUENT MERCURIEL DOUBLE A HAUTE DOSE, COMME RÉSOLUTIF.

Parmi les médicaments résolutifs que possède la matière médicale, il n'en est pas dont l'action soit plus sûre, plus prompte et plus puissante que le mercure employé par la méthode endermique. Cependant il n'est pas de médicament moins en usage à l'extérieur : les craintes de son absorption et de la salivation l'ont fait généralement rejeter même pour les bubons syphilitiques, ou employer à dose si faible que son action était très-lente sinon complétement nulle.

L'heureux emploi que Lisfranc fit de l'onguent mercuriel double, comme antiphlogistique, dans des cas de péritonite et d'urétro-péritonite aiguës, nous suggéra alors l'idée de l'appliquer également à haute dose, comme antiphlogistique et résolutif, dans divers cas de tumeurs, soit seul, soit associé à l'iode. Les succès inespérés que nous avons obtenus ne laissent aucun doute sur son énergie et son efficacité.

Enfin dans ces derniers temps nous l'avons même employé avec avantage dans des affections névralgiques et rhumatismales rebelles ; mais ces cas sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions en formuler l'emploi certain dans ces maladies.

Aujourd'hui, nous nous contenterons de rapporter succinctement quelques-unes des observations où il nous a rapidement et complétement réussi. Une remarque générale d'abord, que nous avons faite dès le principe, c'est que la salivation était moins fréquente, le mercure

étant employé à haute dose qu'à dose faible. On peut en conclure qu'il doit en être de même de son absorption. Du reste, depuis longtemps nous avons soin, pour éviter le premier de ces accidents, de commencer les gargarismes toniques - astringents (borax ou alun dans décoction de quinquina et de ratauhia) le jour même de l'emploi de la pommade. Par ce moyen, nous n'avons jamais vu survenir ce fâcheux accident consécutif.

Les gargarismes étaient même continués aussi longtemps après la guérison que le temps de l'application mercurielle.—Enfin, nous avons souvent associé l'iode et l'iodure de potassium au mercure; par ce mélange, le travail résolutif est plus énergique, surtout dans les affections glanduleuses chez les sujets lymphatiques; ensuite quand l'épiderme est dénudé par un vésicatoire, la plaie est entretenue par l'action irritante de l'iode, laquelle irritation augmente de beaucoup l'absorption et la puissance du mercure. Pour ne pas trop irriter, la dose de l'iode ne doit pas aller au delà de 5 à 15 centigrammes, celle de l'iodure de potassium de 40 à 60 pour 30 à 40 grammes d'onguent mercuriel.

Bubons syphilitiques. Volume de deux œufs; état aigu, sujet sanguin, 15 sangsues. Huit heures après, friction avec onguent mercuriel double, 25 grammes matin et soir; gargarismes toniques-astringents. Résolution complète le quinzième jour.

Bubon indolent, du volume du poing. Deux mois de date; état induré; tempérament lymphatique. Application d'un vésicatoire pansé matin et soir avec onguent mercuriel uni à l'iode, 20 à 25 grammes; gargarismes. Résolution le onzième ou douzième jour.

Bubon syphilitique, deux jours de date. Application de 8 sangsues; 15 à 16 grammes répétés. Le troisième jour le bubon a disparu.

Orchite datant de huit jours. Tempérament lymphatique. 10 sangsues; le soir pommade mercurielle iodée, 20 gr. répétés. Guérison le cinquième jour; malgré ce, j'ordonne encore cinq jours les frictions.

Orchite syphilitique double datant de dix mois. 16 sangsues; le lendemain vésicatoire pansé avec onguent mercuriel iodé, 35 à 40 gr. Guérison au bout de cinq semaines. Les frictions sont encore continuées quinze jours.

Goître du volume d'un œuf. Vésicatoire; pommade mercurielle iodée, 15 grammes deux fois par jour. Trois semaines de traitement. On continue les frictions encore quinze jours.

Glande du sein. Superficielle, volume d'une noix. Vésicatoire; pommade mercurielle iodée, 10 grammes répétés. La glande a disparu

au bout de dix-huit jours. On continue l'application pendant dix à douze jours.

Phlegmon induré à la partie supérieure et antérieure de la cuisse chez un enfant de onze à douze ans, du volume des deux poings. Vésicatoire; onguent mercuriel 25 à 30 grammes, matin et soir. Le huitième jour résolution complète.

Phlegmon aigu à la région lombaire. Etendue de deux mains. Douze sangsues; le soir 30 grammes d'onguent mercuriel. Guérison le troisième jour.

Erysipèle de la face. Deux jours de date. Saignée de quatre palettes; application de 30 grammes d'onguent. Le second jour l'érysipèle a disparu. Purgatif salin.

Nous avons fait observer que chez tous les malades, les gargarismes étaient employés en même temps que la pommade, et continués plusieurs jours après la guérison.

D'après ces résultats, n'est-on pas en droit de considérer l'onguent mercuriel double comme le médicament antiphlogistique et résolutif le plus prompt, le plus sûr et le plus efficace? Docteur PARIS.

Gray (Haute-Saône).

PARALYSIE DE LA PAUPIÈRE TRAITÉE PAR LES INOCULATIONS DE LA STRYCHNINE.

La méthode endermique par les vésicatoires est certes une excellente médication, mais son emploi répugne à beaucoup de personnes. Il est fort difficile de les convaincre que l'application d'un vésicatoire que l'on fait sécher immédiatement ne laisse point de cicatrices; M. le docteur Lafargue a donc rendu un véritable service aux praticiens en leur signalant son procédé par inoculation. Pas de cicatrice à redouter, la douleur est presque nulle, et l'on peut aller réveiller la puissance motrice jusque dans les plus petites ramifications, en éparpillant, pour ainsi dire, le remède sur toute la surface du nerf malade. En voici un exemple: le nommé D..., tisserand, âgé de quarante-huit ans, forcé de travailler dans un endroit froid et humide, est tourmenté depuis quelques années déjà par des douleurs rhumatismales erratiques; à part cela, sa santé était excellente, lorsqu'il y a quelques mois il éprouva subitement en sortant du lit quelques vertiges, un peu d'affaiblissement de la vue, et une diplopie extrêmement pénible; il reconnut aussi bientôt que la paupière supérieure du côté droit n'obéissait plus à sa volonté; il était contraint, pour la soulever un peu et découvrir légèrement son œil, de contracter violemment le muscle occipito-frontal correspondant. Lorsque le malade vint réclamer mes soins, la paralysie

de la paupière était presque complète ; il n'éprouvait plus de céphalalgie ni aucun symptôme manifeste de congestion cérébro-oculaire ; le traitement avait consisté en une application de quinze sangsues à l'anus et dans l'administration de trois purgatifs énergiques. Je résolus alors de recourir à l'emploi des sels de strychnine par la méthode endermique, et d'expérimenter le procédé par inoculation du docteur Lafargue. Je pris 2 centigrammes de sulfate de strychnine, que je réduisis en une pâte molle avec une très-petite quantité d'eau, et je pratiquai, à l'aide de la lancette, dont l'extrémité était chaque fois trempée dans la solution, douze inoculations autour de l'orbite, et spécialement sur le trajet du nerf sus-orbitaire. L'opération fut renouvelée six jours de suite ; dès le quatrième, la paupière paralysée avait acquis un peu de mobilité, et à la fin du traitement le malade la relevait avec presque autant de facilité que celle du côté sain.

Saint-Martin, D. M.,
à Niort (Deux-Sèvres).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité protique de la menstruation, considérée dans son état physiologique et dans ses divers états pathologiques, suivi d'un Essai sur la chlorose, et d'un Mémoire sur les propriétés médicinales des diverses préparations du fer, par J.-B. Dusourd, *docteur en médecine.*

Avant que l'anatomie pathologique eût éclairé les médecins sur les altérations des organes dans les maladies, un grand nombre de groupes de symptômes, qui relèvent évidemment de ces lésions, étaient considérés comme des maladies essentielles, auxquelles des noms divers étaient imposés, suivant la prédominance de tels ou tels phénomènes. Il en était ainsi, par exemple, de l'aménorrhée, qui était considérée comme maladie primitive dans une foule de cas où elle n'est évidemment qu'un des effets de maladies fort variables. Si, à propos du livre de M. le docteur Dusourd, nous avons cru devoir tout d'abord faire cette remarque, ce n'est pas que l'auteur nous paraisse mériter complétement le reproche que cette remarque implique ; mais pourtant, nous devons l'avouer, il nous semble que l'habile médecin de Saintes est resté un peu en arrière sur ce point de la science. Pour lui, la plus grande partie des maladies auxquelles les femmes sont sujettes, dans le cours de leur vie tourmentée, dérivent des troubles survenus

dans la fonction menstruelle : c'est là l'erreur capitale dont le livre de M. Dusourd est entaché, et que nous avons cru devoir relever tout d'abord. Voici ce que les données de l'expérience, interprétées sans préoccupation théorique, ont établi d'une manière positive sur ce point: dans l'immense majorité des cas où le travail menstruel vient à se suspendre, ou à se modifier d'une manière quelconque dans sa manifestation normale, il faut remonter à une lésion préalable, pour se rendre compte de cette perturbation fonctionnelle; et cette lésion est la maladie ; l'aberration menstruelle n'est qu'un symptôme, qui suivra la phase de celle-ci, disparaissant ou persistant avec elle. Il est si vrai que, dans les cas que nous supposons, il en est ainsi, que plus d'une fois il arrive que cette suppression est un bienfait de la nature, et qu'à supposer qu'il fût permis au médecin de rétablir les fonctions supprimées, il ne pourrait le faire sans danger pour la santé générale. N'en est-il pas ainsi, par exemple, de la phthisie pulmonaire? dans les conditions d'hématose et d'assimilation incomplètes où se trouve la femme atteinte de cette maladie, ne serait-ce pas une cause d'affaiblissement, de débilitation dangereuse, qu'une hémorrhagie périodique? N'en serait-il pas de même dans une foule de maladies chroniques à diathèse incurable, qui épuisent la vie par le défaut de réparation? C'est donc là, répétons-le, une erreur dans laquelle un observateur aussi attentif que M. Dusourd n'a pu tomber complétement, mais qu'il n'a pas évitée complétement non plus.

Quand nous disons que M. Dusourd est un observateur attentif, et que nous mêlons cet éloge à une critique sévère, nous n'entendons pas faire de cet éloge un éloge banal ; nous le donnons à l'auteur, parce que nous le croyons parfaitement mérité. En effet, le livre du médecin de Saintes est parsemé d'une foule d'observations qui témoignent d'un esprit zélé au travail et doué d'un jugement sain. Par cela même que l'auteur est un praticien modeste, et qui n'a aucune école à défendre parce qu'il ne relève que de lui, les faits qu'il rapporte, quand ils sont bien observés, ont une grande valeur. Voici, par exemple, un de ces faits qui, dans la grande question, toujours posée et jamais résolue, de la possibilité de la guérison du cancer, a une grande valeur. « Une pauvre femme, âgée de cinquante et un ans, vient de présenter son sein droit atteint d'un énorme ulcère à bords renversés et durs, à surface recouverte d'excroissances fongueuses, saignant au moindre contact, accompagné de douleurs brûlantes et lancinantes. Considérant cette malade incurable, je prescrivis de couvrir le mal avec des linges et de la charpie imbibée du suc des feuilles de *solanum nigrum* (morelle noire). Trois mois après, cette femme revint me voir, et je vis

avec un grand étonnement que tout était cicatrisé. La cicatrice ne présentait aucune dureté. J'appris alors qu'un ulcère moins large avait eu lieu dans le même endroit dix-huit mois auparavant, et qu'il avait guéri sans remède. Cet ulcère se rouvrit l'année suivante, et guérit aussi sans autre application que celle de linges blancs. Pendant les dix ans que cette femme a vécu depuis le commencement de cette maladie, l'ulcère s'est rouvert quatre fois, et la mort n'a eu lieu qu'après la cicatrisation du dernier ulcère. » C'est là certainement un fait des plus intéressants, et qui donne beaucoup à réfléchir.

Après avoir cité un grand nombre d'observations souvent fort intéressantes, et qui se rattachent plus ou moins directement au point de vue principal de son livre, M. Dusourd aborde une question non moins intéressante, et qu'il traite avec plus de succès, parce qu'elle est plus circonscrite ; cette question est celle de la chlorose. Pour lui, cette maladie est « le résultat d'une lésion de la vitalité de l'utérus, lésion qui, par contre-coup, affecte si profondément toute l'économie, que les tissus s'amollissent et pâlissent, que leurs forces vitales s'éteignent progressivement et sont vicieusement modifiées. » Cette définition, un peu embarrassée, n'est peut-être pas parfaitement exacte ; mais ce qui nous paraît moins contestable, c'est que la cause éloignée, la plus fréquente de la chlorose, est une perturbation brusque apportée à la fonction menstruelle. M. Dusourd, qui a vu beaucoup sur ce point, ne balance point à dire que cette maladie est déterminée par cette cause neuf fois sur dix. Cette remarque nous paraît vraie, et peut-être quelque jour nous-même ferons-nous un travail pour démontrer la vérité de cette étiologie. Nous ne parlerons point, pour ce qui a trait au traitement de cette maladie, de la formule particulière à l'auteur, et qui consiste dans un sirop de protoxyde de fer ; l'auteur tient beaucoup à cette formule, il se sent pour elle des entrailles de père ; nous y tenons moins.

Après avoir traité cette question avec toute l'étendue que son importance comporte, M. Dusourd examine l'influence de cette maladie sur le rachitisme, sur la phthisie pulmonaire. Là encore, il y a des faits fort intéressants, que nous recommandons à la méditation des praticiens ; mais là encore, aussi, la justice nous commande de mêler la critique à l'éloge. Suivant l'auteur, il a vu un assez grand nombre de phthisies, coexistant avec la chlorose, guéries par le fait de l'administration du fer. Ceci est bien grave : M. Trousseau, lui, pense que le fer est funeste dans la phthisie, parce qu'il appelle sur le poumon des congestions qui accélèrent la marche de celle-ci. Nous craignons, non parce que M. Trousseau l'a dit, mais parce que nous avons lu le livre

de M. Dusourd, que l'usage de la méthode de l'auscultation et de la percussion ne lui soit pas suffisamment familier.

En somme, il y a du bon dans ce livre, et nous l'aurions loué davantage si l'auteur ne nous avait paru s'en être un peu exagéré la valeur. Vanité, péché mignon de tous, pardonnons-la à tous, pour que tous nous la pardonnent. « Il arrive qu'au milieu de notre superbe, dit spirituellement un auteur illustre, les bonnes gens courent le risque d'être étouffés ; ils sont presque obligés de s'armer eux-mêmes de vanité pour se défendre de celle du passant, comme on fume dans un estaminet pour repousser la fumée de la pipe de son voisin. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*De la constriction spasmodique du col utérin pendant l'*). *Bons effets des douches*.— Dans la plupart des cas, les obstacles apportés à l'accouchement par les constrictions du col sont assez grands pour que l'art ait dû s'en préoccuper ; aussi les moyens proposés sont-ils nombreux. Le seigle ergoté, les bains entiers, l'opium à l'intérieur ou en lavements, la dilatation mécanique du col, son incision multiple, la pommade de belladone portée sur l'orifice ; ces moyens ont été couronnés, on le sait, de succès divers. Suivant M. Scanzoni, médecin de la Maternité de Prague, celui qui amène les meilleurs résultats, ce sont les douches utérines proposées par Kiwisch. Des douches d'eau chaude (30 à 34° R.) appliquées à deux ou trois reprises pendant un quart d'heure, ont toujours débarrassé très-rapidement les malades de leurs angoisses. Il n'était pas rare qu'une seule douche suffît pour terminer la constriction : quelquefois l'accouchement avait lieu en moins d'une demi-heure. Souvent même les douleurs se réveillaient pendant l'injection, l'orifice utérin se dilatait, et l'on avait à peine le temps de replacer la femme dans son lit avant la fin de l'accouchement. Le volume de l'appareil de Kiwisch rend son emploi impossible dans la pratique privée ; M. Scanzoni le remplace par un injecteur, espèce de clyso-pompe modifié, qui agit avec la même efficacité. Ce dernier a même sur l'appareil à douche l'avantage de pouvoir être employé sans faire sortir la femme de son lit, et de pouvoir continuer l'emploi des douches pendant les douleurs, sans empêcher aucun des soins que l'état de l'accouchée peut réclamer. « J'eus, tout récemment, dit M. Scanzoni, occasion d'apprécier cet avantage chez une femme atteinte d'éclampsie. Les accès convulsifs revenaient avec une telle fréquence qu'il n'était pas possible de la sortir de son lit pour lui administrer les douches avec l'appareil, et néanmoins l'orifice utérin à peine entr'ouvert exigeait une prompte dilatation. Je lis placer l'injecteur entre les pieds de la femme ; il fut facilement maintenu et put facilement agir de telle façon, qu'au bout d'une heure il existait une dilatation suffisante pour qu'on pût introduire le forceps et extraire un enfant en position faciale. »

Ces douches ont toujours paru à l'habile praticien avoir une efficacité plus grande que les bains entiers : elles sont, du reste, on l'a vu, d'une application très-facile et très-simple. (*Union médicale*, novembre 1848.)

CALCULS VÉSICAUX *enchatonnés* (*Un mot sur la conduite à tenir dans les cas de*). Il n'est pas de chirurgien qui, en pratiquant l'opération de la taille, n'ait éprouvé par lui-même combien sont peu précises les règles de conduite données par les auteurs en présence des calculs vésicaux enchatonnés. Combien de méthodes sont en effet en présence ! D'une part Littre, qui conseille de

saisir la pierre et son enveloppe membraneuse avec les pinces, de manière à contondre les parties molles, à entraîner leur suppuration et leur séparation d'avec le calcul (ce qui veut dire qu'il faut abandonner la pierre dans sa cavité, sauf à aller l'extraire plus tard lorsqu'elle sera tombée dans la vessie). D'autre part, Garangeot, qui propose de diviser le collet du sac avec le bistouri, et d'aller chercher ensuite la pierre avec les pinces. Enfin, Lapeyronnie, Ledran, Maréchal, et plusieurs autres chirurgiens, qui engagent à saisir fortement la partie saillante de la pierre, et à tirer dessus, de manière à déchirer ses adhérences. De ces diverses méthodes, la première doit être rejetée, comme exposant à des accidents très-graves, résultant de l'inflammation. La dernière (lorsqu'elle est applicable, ce qui est rare) expose à des déchirures plus graves encore; et la méthode de Garangeot, plus sûre et plus avantageuse, sans nul doute, a l'inconvénient d'obliger le chirurgien à porter dans la vessie un instrument tranchant, et d'occasionner des hémorrhagies qu'il n'est pas toujours possible d'arrêter. Dans quelques cas, lorsque la pierre occupe le voisinage du col de la vessie, le chirurgien peut, avec son doigt, pénétrer dans l'intérieur du kyste; et, avec ce doigt seul, ou aidé d'une sonde cannelée mousse, ou de tout autre instrument analogue, dégager et énucléer le calcul. Mais aussi combien de fois arrive-t-il que le calcul est placé trop haut pour que le doigt puisse agir d'une manière suffisamment avantageuse! Dans ce cas, nous pensons qu'il n'y aurait aucun inconvénient à adopter la méthode suivie par M. le professeur Miller, d'Edimbourg, qui consiste à aller saisir, avec des pinces à mors presque mousses et recouverts d'une enveloppe de calicot, le calcul et les portions membraneuses qui l'enveloppent; à entraîner le tout jusqu'à la région prostatique, c'est-à-dire à la portée du doigt, et à dégager, avec celui-ci, les parties molles, de manière à énucléer complétement le calcul. Au reste, voici en peu de mots le fait dans lequel M. Miller a employé ce procédé ingénieux. C'était un homme de soixante ans, qui présentait, depuis quatre ans, tous les symptômes de la pierre. L'opération fut pratiquée par la méthode latérale, et on fit sans difficulté l'extraction d'un calcul du volume d'un petit œuf, qui présentait des facettes sur ses côtés; ce qui indiquait l'existence d'un second calcul au moins. Les pinces furent introduites de nouveau et ne trouvèrent rien. Cependant le cathéter indiquait un second calcul. A la fin, après de nombreuses tentatives, on finit par sentir un calcul, en parcourant le fond de la vessie et en pressant avec une certaine force. Il était évident que le calcul était enchatonné dans la vessie. Mais comment faire, puisqu'il était placé au delà des limites atteintes par le doigt? Déjà l'auteur se proposait d'abandonner la pierre dans l'intérieur de la vessie; et il avait introduit la canule dans la plaie, lorsqu'il sentit celle-ci frotter contre le calcul. Il n'hésita plus; il retira la canule, et prenant la pince de Liston, qu'il avait entourée de calicot, il saisit calcul et parties molles, et, après une tentative inutile, il les amena jusqu'à la portée de l'index de la main gauche, avec lequel il dégagea, d'abord d'un côté, puis de l'autre, les parties molles, et énucléa la pierre. Le malade alla très-bien pendant une quinzaine de jours. La plaie se cicatrisait rapidement; déjà l'on comptait sur le succès, lorsque le malade fut pris d'un point de côté à gauche, de symptômes fébriles très-intenses. Il succomba un mois après l'opération. L'autopsie montra que la vessie était en très-bon état, ainsi que le trajet de la plaie. Le rein gauche était le siége d'une néphrite granuleuse très-avancée. Le rein droit était moins malade, et le bassinet renfermait un abcès assez volumineux. (*Monthly journal*, septembre 1848).

CHLOROFORME (*Sur l'emploi du*) *dans l'aliénation mentale.* On sait que, dans certaines formes d'aliénation mentale, le plus grand obstacle à la guérison se trouve dans l'agitation incessante dont sont travaillés les malades, surtout dans l'absence complète de sommeil, qui en est la conséquence. Les aliénistes ont cherché à obtenir du calme, dans cette circonstance, à l'aide des sédatifs et des hypnotiques. Mais il s'écoule souvent des jours et des semaines avant de pouvoir arriver à obtenir du sommeil. Le docteur Mac-Gavin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montrose, s'est assuré, dans ces der-

niers temps, quo l'on peut utiliser avec succès le chloroforme dans ces cas de folie avec excitation, et qu'aucun autre agent ne lui est comparable pour la rapidité avec laquelle il produit du calme et du sommeil. M. Mac-Gavin cite deux expériences faites sur deux aliénés les plus bruyants et les plus agités de l'établissement : l'un était affecté de manie aiguë; l'autre, un mélancolique. Chez le premier, on avait employé, depuis deux ou trois jours, tous les moyens ordinairement mis en usage pour calmer l'excitation, mais sans grand résultat. On songea alors au chloroforme. Il fallut d'abord s'assurer du malade, ce qui n'était pas facile. Enfin, on y réussit, et les inhalations commencèrent. Les premières aspirations produisirent une espèce de mouvement convulsif, mais qui était dû aux craintes du malade. Après quelques inspirations, il se plaignit de maux de cœur, et, en moins d'une minute et demie, les fonctions cérébrales furent complétement suspendues. Il resta dans un état comateux pendant une ou deux minutes après la cessation des inhalations. Lorsqu'il revint à lui, son regard avait quelque chose d'égaré ; et, lorsqu'il marchait, il ressemblait à un homme ivre. Bientôt ces effets immédiats du chloroforme disparurent : mais l'effet calmant persista pendant toute la journée. Le malade s'assoupit, dormit quelques heures, et fut ensuite moins excité, moins absorbé, et plus raisonnable qu'il n'avait été depuis son entrée. Le chloroforme fut administré depuis, de temps en temps. Chaque fois on en a obtenu du sommeil. Le malade a guéri. — Le second malade était une femme, affectée d'une monomanie suicide, qui poussait, jour et nuit, des cris, sans interruption. Depuis plus de soixante-douze heures, elle n'avait pas fermé l'œil, lorsqu'on lui fit respirer le chloroforme. Bientôt elle perdit connaissance. Lorsqu'elle revint à elle, elle se plaignit de maux de cœur, et eut des vomissements. Après quoi, elle demanda à être mise dans son lit, et y dormit d'un sommeil très-calme pendant plus de trois heures. La malade fut si reconnaissante du bien qu'elle avait obtenu des inhalations de chloroforme, que, chaque fois qu'elle était agitée, elle demandait elle-même qu'on lui renouvelât les inhalations ; et toujours elle en éprouvait du calme. Reste à savoir si l'on pourrait obtenir des effets aussi avantageux de l'emploi du chloroforme dans les formes d'aliénation qui ne sont pas accompagnées d'excitation ? (*Report of the Montrose Lunatic Asylum*, 1848.)

CYTISUS LABURNUM (*Empoisonnement par les fleurs du*). Le cytisus laburnum, ou faux ébénier, est un arbre cultivé dans nos jardins, et dont les propriétés toxiques sont bien connues, au moins quant à son écorce, à ses feuilles et à ses graines. Mais on ignorait que les fleurs possédassent aussi des propriétés délétères. C'est ce qui est établi par deux faits, récemment observés par M. Barber et M. North : dans le premier cas, il s'agit d'un enfant d'un peu plus de trois ans, qui avala environ une douzaine de fleurs du laburnum, deux heures après son déjeuner. Dix ou quinze minutes après, il revint auprès de sa mère, en se plaignant d'avoir mal au cœur et des douleurs vives à l'estomac. Il fut pris bientôt de vomissements ; et les matières vomies étaient composées principalement de mucus, mêlé aux pétales jaunes des fleurs. On lui fit prendre un peu d'huile de ricin, ce qui donna lieu à de nouveaux vomissements. M. Barber le vit une heure après. Bien qu'il fût dans un état meilleur, il jugea à propos de lui administrer un vomitif, qui amena l'expulsion d'une nouvelle quantité de fleurs. A partir de ce moment, les accidents diminuèrent rapidement, et l'enfant ne tarda pas à se rétablir. Dans le fait de M. North, également relatif à un enfant, les symptômes étaient plus graves, et annonçaient une action plus énergique exercée sur le système nerveux. En effet, la face était pâle; la peau froide; la respiration laborieuse; le pouls extrêmement faible; les muscles de la face agités de mouvements convulsifs ; de plus, violents efforts de vomissements. Comme dans le premier cas, tous les symptômes disparurent après l'administration d'un vomitif. Tout fait croire que la cause de ces accidents se trouve dans la *cytisine*, ce principe actif qui existe en abondance dans les graines du laburnum, et dont les propriétés irritantes sont telles que, donné à très-petite dose chez les animaux, elle détermine des vomissements, des convulsions

et la mort; et que, administrée dans un cas chez l'homme à la dose de huit grains, elle a occasionné, indépendamment de vomissements répétés, des vertiges, des contractions spasmodiques puissantes, de l'élévation dans le pouls, et la décoloration de la face; phénomènes qui ont duré deux jours, et qui ont été suivis d'une grande faiblesse, qui s'est prolongée pendant plus d'une quinzaine. (*London medical Gazet*, juin 1818.)

HERNIE ÉTRANGLÉE (*Bons effets des lavements d'acétate de plomb dans les cas de.*) Nous enregistrons toujours avec empressement les remèdes qui tendent à restreindre l'intervention chirurgicale, car les résultats des opérations trompent souvent les prévisions les mieux fondées. Depuis plusieurs années l'on se sert en Allemagne, avec un succès marqué, de lavements d'acétate de plomb pour obtenir la réduction des hernies étranglées. M. le docteur Haessebroucq, qui a expérimenté cette méthode, appelle l'attention des praticiens sur ce moyen qui lui paraît, comme à nous, préférable aux lavements de tabac. Voici le fait nouveau publié par ce médecin :

« Michel T**. vannier, âgé de 60 ans, me fit appeler, raconte M. Haessebroucq, dans le courant de septembre dernier, pour lui réduire une hernie inguinale droite, du volume de la tête d'un enfant à terme. Déjà le malade avait fait vainement de nombreuses tentatives de réduction, elles avaient eu pour effet seulement de rendre la tumeur plus douloureuse. Les selles étaient supprimées, hoquet, forte agitation, pouls concentré. J'essayai le taxis, les lavements émollients, les applications d'eau froide sur la hernie, la position, etc., le tout sans succès. L'étranglement durait depuis trente-six heures, et je me disposais à réclamer une consultation pour aviser à l'opportunité de l'opération. Cependant, avant de le faire, je résolus d'essayer les lavements d'acétate de plomb cristallisé : je prescrivis 2 grammes de ce sel dans 750 grammes d'eau distillée pour quatre lavements, à administrer de deux en deux heures. En même temps, des fomentations froides avec une forte solution d'acétate de plomb furent faites sur la tumeur herniaire. J'essayai de nouveau le taxis; après l'administration du troisième lavement, je parvins à réduire la hernie. J'ordonnai ensuite une once et demie d'huile de ricin; le malade eut plusieurs selles la nuit suivante. Le surlendemain, il était rendu à son travail habituel, sans qu'il eût éprouvé le moindre accident. »

Malgré la difficulté de se bien rendre compte de l'action du médicament dans l'espèce, les succès qui ont suivi son emploi sont trop nombreux pour que nous puissions les passer sous silence. Nous devons noter l'administration des purgatifs comme un point très-important ; ils remplissent, dans ces circonstances, deux indications essentielles : celle de réveiller la contractilité péristaltique des intestins, en même temps qu'ils éliminent de l'économie les sels de plomb. (*Ann. de la Soc. méd. de la Flandre occid.*, septemb. 1848.)

MÉTRORRHAGIE. (*Sur un remède peu connu dans des pertes utérines passives*). Dans les campagnes, les femmes pauvres ne sont que trop souvent dans le cas de venir invoquer des soins, à cause de l'extrême abondance de leurs règles ; dans ces circonstances, M. René Vanoye pense qu'on aura recours avec avantage à la décoction du *thlaspi bursa pastoris*, qu'un médecin prussien, le docteur Lange, a essayé de réhabiliter il y a quelques années. L'observation suivante, que cite M. Vanoye, est bien faite pour engager les praticiens à répéter ces essais.

« Une pauvre femme de la campagne, âgée de quarante-six ans, et mère de huit enfants, avait éprouvé, depuis sa dernière couche, qui datait de dix-huit mois, de petites pertes utérines, accompagnées de pesanteurs dans la région hypogastrique, et d'une faiblesse qui allait toujours en augmentant. Ayant perdu son enfant, après l'avoir allaité cinq mois environ, les règles reparurent bientôt, et devinrent si profuses, qu'elle se crut obligée de me demander des conseils. L'examen de la matrice ne m'ayant rien montré de morbide dans le corps ou le col de cet organe, je crus avoir simplement affaire à un de ces états passagers qui caractérisent si souvent l'âge critique de nos Flamandes, et me bornai, par conséquent, à prescrire un régime tonique et quelques pilules ferrugineuses. L'état de cette femme qui, du reste, était soumise depuis

longtemps à toutes sortes de privations, ne tarda pas à s'empirer. Il survint de la pâleur, des palpitations, des troubles nerveux. Les règles coulèrent avec une abondance extrême, durèrent huit, dix à douze jours, et alternaient avec une leucorrhée épuisante. Les remèdes que j'avais déjà employés, consistant en toniques et astringents, étant restés sans effets, j'eus recours au seigle ergoté, à la dose de 30 à 50 grains par jour. Tout d'abord cet excellent remède parut améliorer la position de ma malade; mais bientôt le sang coula plus fort que jamais, et la faiblesse augmenta considérablement. J'ordonnai des bains de siége froids, à la manière anglaise. Je lis faire des injections astringentes, sans obtenir plus de résultats; bref, sous la préoccupation que me donnait cette malheureuse femme, je pris connaissance, par hasard, des succès obtenus par M. Lange, dans des circonstances analogues, de l'administration du *thlaspi*, et m'empressai d'y recourir. D'après le médecin allemand, je fis bouillir une demi-poignée de *thlaspi* à l'état frais, dans trois tasses d'eau, jusqu'à réduction de deux, dose qui fut prise par moitié dans la journée. Une légère amélioration ne tarda pas à se faire sentir, ce qui m'encouragea à continuer le remède. Tous les jours la malade prenait deux tasses de décoction, et elle s'en trouva si bien, que je crus pouvoir, après quelques jours, en augmenter la dose jusqu'à trois et puis jusqu'à quatre tasses. Au bout de dix jours, le teint était moins pâle, l'écoulement leucorrhéique était devenu insigniliant et les forces notablement augmentées. Mais l'époque menstruelle approchait et je m'attendais à une recrudescence fâcheuse des symptômes. Je fus heureusement trompé dans ma crainte : les menstrues coulèrent avec assez d'abondance, il est vrai, mais considérablement moins qu'antérieurement, et elles ne durèrent d'ailleurs que trois à quatre jours. Après leur cessation, je ne lis plus prendre la décoction de *thlaspi* que par intervalles; mais à l'approche des règles suivantes j'en lis reprendre l'usage pendant quelques jours, à la dose de trois tasses par vingt-quatre heures. Tout alla bien: l'évacuation utérine me parut être réduite à sa quantité ordinaire, et après, s'il n'eût été de la faiblesse encore grande de ma malade, j'eusse pu la considérer comme guérie. Quoi qu'il en fût, je crus devoir me tenir depuis lors à l'usage exclusif des toniques, et aujourd'hui j'ai la satisfaction de voir cette femme sortie de la période critique qui avait failli devenir fatale pour elle.

Dans deux autres cas, j'ai encore eu recours depuis à la décoction de *thlaspi bursa pastoris* pour combattre des ménorrhagies excessivement abondantes. Dans tous deux le résultat a été favorable. »

Le *thlaspi* est une plante qui se trouve partout et en grande abondance, rien ne s'oppose à ce qu'on en reprenne l'étude, afin de déterminer d'une façon un peu plus précise les indications de son emploi. (*Ann de la Soc méd. de la Flandre occident.*, septembre 1848.)

PARALYSIE GÉNÉRALE (*Cas de*) *des aliénés, suivie de guérison*. La paralysie générale des aliénés est une affection regardée par la plupart des auteurs comme à peu près incurable. Aussi croyons-nous devoir publier le fait suivant, bien qu'au point de vue thérapeutique il reste beaucoup de doute dans notre esprit sur les agents auxquels on peut rapporter plus particulièrement la guérison. Un homme de trente-six ans, charpentier, très-sobre, très-régulier dans sa conduite, avait éprouvé des pertes pécuniaires qui l'avaient entraîné dans un état de pauvreté extrême. Père d'une nombreuse famille, manquant d'ouvrage depuis un an, il n'avait pas tardé à tomber dans une mélancolie profonde. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de convulsions, bientôt suivies de tremblements dans tous les membres, d'impossibilité de rester debout et de perte de la parole; il avait même essayé d'attenter à sa vie. Les accidents convulsifs avaient été combattus par deux vésicatoires à la nuque. A son entrée à l'hôpital, il présentait une grande faiblesse, de la difficulté dans la marche, des tremblements des extrémités, et une difficulté considérable dans l'articulation des mots. Douleurs de tête, sensibilité à la pression de la région lombaire et de la colonne vertébrale; la langue était sèche, fissurée, tremblotante lorsque le malade la sortait de la bouche; le pouls était petit et faible; il y avait des visions, mais pas de monomanie ambitieuse. Le malade fut mis immédiatement, par

M. Todd Thomson, à l'usage des toniques (infusion de *quassia amara*, nitrate de fer ammonical, etc.). Le malade parut d'abord s'en trouver mieux ; mais bientôt les douleurs de tête augmentant, force fut d'y renoncer, et l'on pratiqua des émissions sanguines locales à la nuque; ces émissions sanguines n'eurent aucun bon effet; l'articulation des mots devint plus difficile, il y eut du délire pendant la nuit. On prescrivit une mixture de camphre, d'acétate d'ammoniaque et de nitrate de potasse; le tremblement des membres disparut pendant quelques jours, mais ne tarda pas à reparaître. On appliqua un énorme vésicatoire sur la colonne vertébrale, on administra quelques purgatifs et des mercuriaux; mais bientôt il fallut renoncer à ces derniers, parce que les gencives devenaient malades. Comme il y avait des insomnies et des hallucinations pendant la nuit, on prescrivit un peu de morphine, qui apporta du calme, tout en occasionnant quelques vertiges. Six jours après, le malade fut pris tout d'un coup d'un état très-grave, caractérisé par des vomissements, des superpurgations, des douleurs vives dans le ventre, de la fièvre, de la sécheresse de la langue, du gonflement des amygdales, bientôt suivi d'une éruption aphtheuse confluente dans la bouche et sur la langue. Cette stomatite aphtheuse fut d'abord combattue par des émollients, puis par des gargarismes astringents; les ulcérations furent touchées avec une solution de nitrate d'argent. Telle fut l'influence de cette inflammation bucco-pharyngienne, résultat probable de l'action des mercuriaux, que le tremblement des extrémités et la difficulté de la prononciation cessèrent complétement. Les forces revinrent; le malade sortit guéri de l'hôpital, au 22me jour. (*London Medical Gazet*, août 1848.)

SPERMATORRHÉE (*Sur le traitement de la*). Malgré les beaux travaux publiés par M. Lallemand sur la spermatorrhée, on peut dire, sans exagération, que son traitement est encore dans un vague désespérant, et que l'empirique cautérisation du canal de l'urètre est plus souvent employée que les moyens rationnels dirigés contre chacune des formes de l'affection. Un chirurgien distingué de l'Angleterre, M. Benjamin Phillips, a pensé qu'il n'était pas sans intérêt de revenir sur l'histoire de la spermatorrhée; et l'observation de près de 700 cas l'a convainc que la spermatorrhée est une maladie très-répandue, s'accompagnant rarement de symptômes aussi graves que ceux que lui a attribués M. Lallemand, et, à plus forte raison, ne déterminant presque jamais la mort. M. Phillips admet avec M. Lallemand une spermatorrhée par irritation directe ou indirecte des organes génito-urinaires, voire même une spermatorrhée par susceptibilité nerveuse; mais il combat l'idée d'une spermatorrhée par faiblesse ou relâchement des organes génitaux. Aussi exclut-il l'emploi des toniques ou des stimulants. Le plus grand nombre des sujets atteints de spermatorrhée, dit-il, sont des hommes, pour la plupart continents et sédentaires, sujets à des pollutions nocturnes, lesquels ont eu l'imagination montée par tous les livres populaires qui traitent des pertes séminales. C'est le plus petit nombre chez lesquels la spermatorrhée se montre consécutive à la gonorrhée, et un bien plus petit nombre encore doit sa maladie à des excès vénériens. M. Phillips n'a observé qu'un cas de spermatorrhée, suite d'ascarides dans le rectum, et un autre cas dans lequel on pût établir quelque relation entre les pertes séminales et une maladie de la peau. Mais une des causes les plus répandues, suivant lui, celle qui entretient la maladie, et qui, dans quelques cas, entraîne les symptômes graves dont M. Lallemand a tracé un tableau si émouvant (perte de la mémoire, perte des forces, trouble de l'intelligence, douleurs lombaires et palpitations de cœur), c'est la masturbation. M. Phillips, soit dit en passant, conteste que les symptômes accusés par les malades soient tous réels, et portés au point où les malades les accusent. Aussi, pour lui, le traitement moral occupe-t-il la plus grande place. Rassurer le malade sur les conséquences de la maladie, lui assurer qu'elle n'entraînera ni la mort ni la perte définitive de ses facultés génitales ; et, dans les cas où la masturbation est devenue une habitude, ordonner comme remède le coït une ou deux fois par semaine : tel est le traitement principal de M. Phillips. Ce n'est pas une chose facile que de rassurer les malades; ce n'est pas non plus une

chose facile que de les faire consentir aux rapports sexuels. La conviction de leur impuissance est telle, qu'elle agit d'une manière cruelle sur leur imagination; mais aussi, quand on a gagné cela sur eux et quand la réussite a couronné leur tentative, on a beaucoup gagné sur leur esprit. Cette prescription du coït paraîtra peut-être assez extraordinaire à quelques esprits superficiels; mais M. Phillips fait remarquer que, chez les spermatorrhéiques, il y a une habitude de sécrétion et d'évacuation que l'on ne peut pas suspendre brusquement, et contre laquelle les moyens recommandés par les auteurs vont directement. D'ailleurs, les pertes séminales sont insuffisantes chez la plupart des sujets pour donner lieu aux symptômes alarmants qu'on observe (M. Phillips a vu presque tous les malades qui l'ont consulté n'avoir que deux pertes séminales par semaine, la plupart pendant la nuit et au milieu des rêves). Tous les toniques vont directement contre le but qu'on se propose, en activant la sécrétion du liquide spermatique. La cautérisation de la portion prostatique de l'urètre, qui fait la base du traitement de M. Lallemand, lui paraît bien moins souvent nécessaire que le pense cet auteur. M. Phillips y a eu recours sans succès dans un grand nombre de cas; il croit qu'il faut en limiter l'emploi pour les cas où il existe une sensibilité très-vive ou une inflammation chronique de la portion prostatique du canal. Une cautérisation énergique calme la sensibilité ou modifie avantageusement l'irritation chronique. Toutefois, M. Phillips ajoute qu'il y a eu des cas où il a cru utile de pratiquer la cautérisation en dehors de ces circonstances: c'était lorsque des malades, qui avaient subi des traitements nombreux, étaient tombés dans un sombre désespoir et réclamaient un traitement quelconque. M. Phillips a employé chez eux la cautérisation, en se proposant de recourir plus tard au traitement moral, et en les avertissant qu'ils n'avaient pas à s'attendre à voir cesser brusquement leur maladie; que, pendant longtemps encore, l'habitude prise par l'appareil excréteur du sperme se continuerait. Deux ou trois mois peuvent s'écouler, ajoute M. Phillips, même après la guérison, sans que les pertes séminales soient entièrement suspendues. De temps en temps elles reviennent, et il ne faut pas s'en effrayer. M. Phillips dit, en terminant, que lorsque la spermatorrhée est entretenue par un rétrécissement du canal, la guérison du rétrécissement, et, dans quelques cas, une cautérisation légère, amènent une guérison complète. (*London med. Gaz.*, août 1848.)

STAPHYLORAPHIE (*Nouveau procédé de*). En présence des nombreux insuccès de la staphyloraphie, que l'on observe journellement, M. Gerdy a cherché à en découvrir la cause, et le moyen de les prévenir. L'une des causes auxquelles il a cru devoir attribuer le plus grand nombre de ces insuccès, est le procédé de suture qui est généralement adopté; la suture entrecoupée lui paraît en effet extrêmement mauvaise, en ce que le fil forme un anneau complet dont la pression détermine la gangrène des parties qui y sont soumises. Il a pensé qu'en substituant à la suture entrecoupée la suture enchevillée qui ne fait qu'un demi-anneau et n'étrangle pas les parties rapprochées, il préviendrait ce fâcheux résultat. C'est, en effet, ce qui a eu lieu chez un jeune homme de quinze ans, que M. le professeur Gerdy a récemment soumis à l'examen de l'Académie de médecine, et chez lequel l'opération a été suivi d'un complet succès.

Dans le cas dont il s'agit, la division du voile du palais était tellement large que le pouce ne pouvait en boucher l'ouverture: elle s'étendait depuis la base du voile du palais jusqu'à la luette. La prononciation était pénible, fort imparfaite. Le vice portait sur les consonnes et surtout sur les *e*, *f*, *j*, *r*, *ch*, *x*, etc., l'air s'échappant par les narines. La déglutition, lorsqu'elle était précipitée, devenait difficile, au point que les aliments liquides et les boissons passaient par le nez.—Voici de quelle manière M. Gerdy procéda à l'opération.

Après avoir avivé les bords de la plaie par le procédé ordinaire, deux piqûres, l'une supérieure, l'autre inférieure, furent successivement faites d'avant en arrière, à gauche et à droite de la division du voile, avec l'aiguille de M. Bourgaugnon, armée d'un fil double.

Chacune des petites aiguilles ayant été retirée de l'extrémité pliée et an-

siforme de chacun des quatre fils, à mesure que chaque fil était passé, l'opérateur engagea les fils supérieurs et inférieurs d'un côté dans l'anse du fil correspondant au côté opposé; puis il entraîna les fils doubles à travers la portion du voile du palais opposée à celle par où ils avaient été passés d'abord. Les fils doubles ainsi posés embrassaient les deux côtés du voile du palais en passant par derrière, et leurs extrémités pendaient au devant du voile. Alors ayant pris les extrémités du fil supérieur, M. Gerdy en fit un anneau de suture entrecoupée par un premier nœud, qu'il fit saisir avec une longue pince dont les mors se serraient au moyen d'un curseur; puis il pratiqua un second nœud; mais le premier s'étant relâché à cet instant, il se décida à remplacer la suture annulaire ou entrecoupée qu'on emploie habituellement par une suture enchevillée. Il se servit, à cet effet, de deux petites chevilles de racine de réglisse, préalablement assouplies dans de l'eau chaude. Comme le dernier fil double posé avait été passé de manière que son anse fût tournée du côté gauche, tandis que l'autre était tourné en sens inverse par son anse, on put fixer chacune des deux chevilles par un nœud coulant de chaque côté. Ainsi solidement embrassées et étranglées, les chevilles ne pouvaient tomber ni dans la gorge, ni dans le larynx.— Les choses ainsi terminées, le malade fut mis à la diète et au repos le plus absolu des organes de la bouche et de la gorge. Des deux fils employés pour la réunion du voile, le plus élevé fut enlevé le sixième jour. Il n'avait pas coupé les parties qu'il embrassait. Le second fut enlevé le septième; l'extraction de ce dernier rompit, dans une certaine étendue, la muqueuse antérieure du voile, mais un commencement d'organisation avait déjà lieu par derrière le fil.

Vingt-deux jours après l'opération, il ne restait presque plus de traces de l'ancienne division; on ne distinguait que les cicatrices des incisions latérales et celles des trous opérés par les fils. L'opéré parle beaucoup plus nettement; cependant il prononce encore mal certains sons, ce qui est le résultat de l'habitude vicieuse qu'il en a contractée. Il y a tout lieu d'espérer qu'il les prononcera mieux à l'avenir.

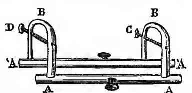
M. Gerdy attribue à la suture qu'il a employée dans ce cas, et à laquelle il ne s'est déterminé qu'extemporanément, des avantages nombreux ; savoir : 1° elle n'étrangle point circulairement les parties qu'elle embrasse, comme le font les autres sutures; elle ne les embrasse que par un demi-anneau et par suite ne laisse porter en grande partie la pression du fil que sur les chevilles, tandis que le reste de cette pression se répartit uniformément sur toute l'étendue des bords des plaies ; 2° les chevilles soutiennent ces bords comme ils pourraient l'être par deux doigts opposés et parallèles à ces bords; 3° les chevilles laissent les lèvres de la plaie à nu, en sorte qu'on peut toujours voir ce qui s'y passe et agir en conséquence; 4° enfin, la suture enchevillée coupe bien moins promptement les lèvres des plaies, comme on a pu le voir par le fait qui vient d'être reproduit. — C'est sur ces motifs, et surtout sur l'heureux résultat qu'il vient d'obtenir, que M. Gerdy s'appuie pour recommander, en pareil cas, l'emploi de cette suture à l'attention du praticien (*Bulletin de l'Académie de médecine*, novembre 1848.)

SYMBLÉPHARON (*Nouvelle méthode opératoire contre le*). On sait que l'écueil de toutes les méthodes opératoires employées contre le symblépharon se trouve dans cette circonstance, que les surfaces de la paupière et de la conjonctive, une fois séparées par l'instrument tranchant et devenues suppurantes, se trouvent, quoi qu'on fasse, dans un contact plus ou moins immédiat, et ne tardent pas à contracter ensemble de nouveau des cohérences morbides. Le procédé ingénieux qui a été mis en usage par M. Hays, chirurgien du Wills' hospital, à Philadelphie, consiste, après avoir divisé la bride plus ou moins étendue qui réunit la conjonctive oculaire à la paupière, à passer un certain nombre de fils de soie très-fins, avec une aiguille très-mince et légèrement courbée, à travers les deux bords de la conjonctive oculaire, qui a été divisée par l'instrument, de manière à rapprocher très-exactement ses bords par un certain nombre de points de suture, et à obtenir la réunion par première intention. Le résultat de cette opération a été extrêmement heureux chez un homme

de quarante-six ans, qui portait un symblépharon de la paupière inférieure produit par une bride située près de l'angle interne; la bride était très-courte et gênait considérablement les mouvements de l'œil. M. Hays l'a soulevée sur un stylet recourbé, et l'a coupée avec des ciseaux; il a réuni la petite plaie de la conjonctive oculaire avec trois points de suture. La réunion s'est faite parfaitement; il a coupé les points de suture quelques jours après, et le malade a été parfaitement guéri. (*American Journal.*)

VARICOCÈLE (*De la cautérisation*) *dans le traitement du.* — De tous les procédés imaginés pour la cure radicale du varicocèle, il n'en est pas un, jusqu'à présent, qui ait résisté à l'expérience. Ils ont tous été successivement abandonnés, soit à cause de leur insuffisance, soit pour les dangers auxquels ils exposent. Cependant l'innocuité reconnue de la cautérisation a fait penser à quelques chirurgiens qu'on pourrait utilement appliquer au varicocèle ce moyen déjà employé avec succès contre les varices des membres inférieurs. C'est ce que M. le professeur Bonnet, de Lyon, a cherché à réaliser. Mais l'emploi du caustique offrait de nombreuses difficultés; d'abord, M. Bonnet lui-même a éprouvé par plusieurs échecs, que le caustique appliqué sur le scrotum épuisait son action sur les tissus d'enveloppe du cordon, sans parvenir jusqu'à la veine, ce qui avait déjà fait renoncer plusieurs chirurgiens à l'emploi de ce moyen. En second lieu, en se proposant pour but de détruire les veines, il importait de ne pas interrompre la continuité du conduit déférent, encore moins de le détruire. Il fallait atteindre ce double but : faire pénétrer le caustique jusqu'aux veines spermatiques, après avoir préalablement isolé le conduit déférent. Pour remplir la première de ces indications, M. Bonnet a eu l'idée d'inciser la peau et les aponévroses, afin de pouvoir porter le caustique immédiatement sur le tissu des veines qu'il se proposait de détruire. Quant à la seconde indication, celle d'isoler le conduit déférent, voici comment il s'y prend :

On sait que lorsque l'on place l'extrémité des quatre derniers doigts dans la direction du cordon, et que l'on embrasse celui-ci entre ces doigts et le pouce, on peut facilement sentir le conduit déférent et, après l'avoir rejeté en arrière, maintenir le faisceau des veines en avant. Que l'on remplace les doigts par un instrument qui en remplisse l'office d'une manière permanente, et l'on aura les veines assez isolées du conduit déférent pour qu'on puisse les cautériser sans crainte d'agir sur ce dernier. C'est ce que M. Bonnet est parvenu à obtenir au moyen d'un instrument ainsi composé.



Deux baguettes AA placées parallèlement au cordon spermatique sont réunies par deux ressorts perpendiculaires BB. L'écartement qu'elles peuvent subir est de 0,04, et à l'aide de deux vis de pression C, D, placées dans les parties supérieures du ressort, on peut les rapprocher.

A l'aide de ces deux moyens, M. Bonnet est parvenu à pratiquer avec succès plusieurs opérations de varicocèle, par l'application, soit du caustique de Vienne, soit de la pâte de chlorure de zinc de Canquoin.

Afin de mieux comprendre le nouveau procédé imaginé par M. Bonnet, nous rapporterons sommairement l'observation du premier sujet sur lequel il en a fait l'application.

Un jeune homme de vingt-sept ans entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour se faire traiter d'un double varicocèle. Le développement des veines du cordon, datant de deux ans, donnait lieu, depuis quelques mois, à des douleurs tellement intolérables, que le malade demandait avec instance à être débarrassé de son infirmité. Après avoir longtemps résisté, M. Bonnet, cédant à ses instances, arrêta et mit à exécution le plan d'opération qui suit :

Après avoir placé l'instrument décrit plus haut, il incisa, dans l'étendue de 2 à 3 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal, la peau, le dartos, la tunique fibreuse, le muscle crémaster, et enfin la toile aponévrotique qui est immédiatement

appliquée sur les veines; une seule ligature fut pratiquée. Les veines variqueuses mises à nu furent recouvertes de pâte de chlorure de zinc; celle-ci fut laissée en place pendant vingt-quatre heures; la douleur qu'elle détermina fut très-supportable, beaucoup moins vive que dans le cas où elle avait été employée sans incision préalable. Le lendemain, M. Bonnet excisa les parties cautérisées, qui avaient 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et appliqua une nouvelle couche de caustique qui fut laissée en place pendant seize heures. Les douleurs que causa cette nouvelle application disparurent entièrement au bout de huit jours avec la chute de l'escarre. Dès cette époque, les veines parurent beaucoup moins volumineuses; au bout de quinze jours, la même opération fut répétée de l'autre côté, et un mois après, ce malade put reprendre ses travaux habituels sans douleur ni fatigue. La guérison fut constatée plus tard radicale.

Le même procédé eut les mêmes résultats heureux dans deux autres cas, dont l'un a été traité par M. Bouchacourt.

En résumé, le nouveau procédé de M. Bonnet se compose des trois temps suivants : 1° isoler le canal déférent et le refouler en arrière à l'aide de la pince en question, qui doit rester fixée pendant tout le temps de la cautérisation; 2° inciser la peau et les aponévroses, afin de mettre les veines à nu; 3° placer directement sur les veines variqueuses le chlorure de zinc, qui ne sera enlevé que quarante-huit heures après son application.

Cette méthode mérite de fixer sérieusement l'attention des chirurgiens, surtout si, comme M. Bonnet paraît l'espérer, son innocuité est aussi bien établie que son succès. (*Gazette médicale*, octobre 1848.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 5 de ce mois, devant un grand concours de personnages distingués, auditoire rare par les temps d'anxiété où nous vivons. Il est bien regrettable qu'elle n'ait pu inaugurer par une semblable solennité la nouvelle salle qui doit bientôt la recevoir. Deux brillantes lectures ont eu lieu, l'une de Considérations physiologiques sur la vie et sur l'âme, par M. Royer-Collard; l'autre était l'éloge de Broussais, par M. Dubois (d'Amiens). De nombreux applaudissements sont venus plusieurs fois interrompre ces discours; mais le succès de la séance a été, sans conteste, pour M. Dubois. Il a prouvé qu'il avait toutes les qualités qui constituent un bon secrétaire perpétuel. Entre les deux lectures, M. Mélier a proclamé le nom des lauréats pour 1848.

Prix décernés. L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante : Etablir, par des observations exactes et concluantes, quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques. Ce prix, qui était de 2,000 fr., n'a pas été décerné; un encouragement de 800 fr. a été accordé à M. le docteur Crozant, inspecteur des eaux minérales de Pouges (Nièvre).

Prix fondé par Portal. Faire l'anatomie pathologique du cancer. Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, ce prix n'a pas été décerné.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. Du suicide. L'Académie a accordé, à titre d'encouragement : 1° une somme de 600 fr. à M. le docteur Chéreau (Achille); 2° à MM. les docteurs Louis Bertraud, Erasme Robertet et Lisle, chacun une somme de 300 fr.; 3° des mentions honorables à MM. Tissot et Le Tertre-Vallier.

Sujets de prix proposés pour 1850. A raison de l'importance du sujet, l'Académie met de nouveau au concours la question de l'emploi des émé-

tiques dans le traitement des maladies. Mais, afin d'obtenir des travaux vraiment utiles, elle limite le sujet et se borne à demander : l'étude des effets thérapentiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies. L'Académie déclare qu'elle demande aux compétiteurs, non pas leur opinion, leur manière de voir au sujet du tartre stibié à haute dose dans les maladies, mais des faits en nombre suffisant, recueillis avec soin et avec tous les détails nécessaires pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur le caractère des maladies traitées; en un mot, l'Académie demande des démonstrations et non pas des conjectures, et elle mettrait beaucoup plus de prix à l'ouvrage qui démontrerait nettement la vérité d'une seule proposition, qu'à celui qui rendrait seulement probables, ou plus ou moins vraisemblables, de nombreuses propositions. Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par Portal. En raison de l'importance du sujet, l'Académie met de nouveau au concours la question proposée : Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Prix Civrieux. Mme Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie a pensé que, s'il est une forme de surexcitation nerveuse qui réclame un traitement préventif et curatif, c'est assurément la douleur; en conséquence, elle met au concours les questions suivantes : De la douleur, des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques. Quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi? Comment pourrait-on prévenir ces dangers? Ce prix sera de 1,000 fr. Les Mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées, et écrits librement en français ou en latin, devront être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1850.

Il y a un mois, on se rappelle, nous avons annoncé que le choléra avait atteint la France, et que M. Magendie avait été immédiatement envoyé à Dunkerque afin de s'assurer de la nature de l'épidémie. Aussitôt son retour, le savant académicien ne s'est pas borné à publier dans les journaux politiques une note destinée à rassurer les populations; mais il a envoyé à l'Académie de médecine un rapport qui atténuait la valeur des observations envoyées par nos confrères; on nous écrit que les médecins qui ont été témoins de cette épidémie viennent de se réunir pour rédiger une lettre à l'Académie pour rétablir la vérité. Du reste, les faits parlent assez haut. Il nous semble difficile de ne pas admettre une influence épidémique, quand, en quinze jours, du 3 au 18 novembre, le relevé complet porte le nombre des cas de choléra à 63 et celui des morts à 41. Le fléau a disparu ou à peu près à Bourgbourg; mais d'autres cas se sont montrés aux portes de Calais et à Marchiennes. Dans cette dernière localité, toutes les personnes atteintes ont succombé assez rapidement. Quelques cas pourront se montrer encore, sous l'influence d'une température aussi douce que celle dont nous jouissons; mais il est probable qu'ils se manifesteront seulement dans le nord de la France.

La recrudescence que nous avons signalée dans la marche du fléau à Saint-Pétersbourg n'est pas très-intense; 10 à 12 cas au plus se manifestent chaque jour. Rien de bien notable en Angleterre; les cas sont toujours plus nombreux en Écosse. D'après le *Times*, quelques cas de choléra, suivis de décès, auraient été signalés à Lisbonne.

M. le docteur Duval a lu récemment à l'Académie de médecine une note pleine d'intérêt sur le procédé employé dès le treizième siècle pour supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales, elle montre que les idées, pas plus que les individus, ne naissent sans parents qui leur ont donné naissance.

« Théodoric, élève de Hugues de Lucques, au treizième siècle, employait les narcotiques pour soustraire les malades aux douleurs qu'entraînent les opérations chirurgicales.

F. Canappe, dans son *Traité du Guidon*, entre dans quelques développements à ce sujet à l'occasion du *régime de trancher le membre mortifié*. « Aucuns, dit-il, comme Théodoric, leur donnent médecines obdormitives qui les endorment afin que ne sentent incision, comme *opium*, *succus morellæ*, *hyosciami*, *mandragoræ*, *cicutæ*, *lactucæ*, et plongent dedans esponge, et la laissent seicher au soleil, et quand il est nécessité ilz mettent cette éponge en eaue chaulde, et leur donnent à odorer tant qu'ilz prennent sommeil et s'endorment, et quand ilz sont endormis ilz font l'opération. Et puis avec une autre esponge baignée en vin algre, et appliquée es narilles les esveillent, ou ilz mettent es narilles ou en l'oreille, ou *succum rutæ* ou *feni*, et ainsi les éveillent, comme ilz dient. Les autres donnent opium à boire.... J'ai ouï qu'ilz encourrent manie, et par conséquent la mort. »

M. le docteur Plettinck vient de communiquer à la Société de Roulers un des phénomènes les plus bizarres que puisse offrir la physiologie dentaire : l'éruption de dents dans l'âge caduc. Chez la femme de Vaère, âgée de quatre-vingt-douze ans, se manifesta, au commencement de cette année, de la tuméfaction aux gencives de la mâchoire inférieure ; peu de temps après, se montra une dent incisive d'une blancheur de neige, après vient une seconde, puis une troisième dent, toutes trois l'une à côté de l'autre. Quelques semaines plus tard, deux petites molaires sortirent à leur tour. Les gencives furent tuméfiées et rouges sur d'autres endroits, malheureusement la vieille succomba trop tôt pour voir ses mâchoires garnies d'un râtelier complet.

Dans la même séance, M. le docteur Haessebroucq a communiqué une observation de phthiriasis d'une espèce très-rare chez l'homme. Les poules et les perdrix sont sujettes, on le sait, à une maladie pédiculaire spéciale ; ces insectes parasites, connus sous le nom de *ricinus gallinæ*, seraient transmissibles à l'homme, ainsi que le prouve le fait suivant : une servante, jeune encore, fut infectée à la tête, après avoir plumé des poulets, d'une quantité extraordinaire de *ricins*. Malgré tous les soins de propreté, il lui fut impossible de se défaire de cette vermine : elle eut beau se peigner plusieurs fois par jour, se laver la tête avec de l'eau de savon, une infusion de tabac, etc., se raser les cheveux, rien n'y fit. Les frictions avec la pommade au précipité rouge, l'onguent mercuriel, les lotions de sublimé procurèrent bien quelque soulagement ; mais, après avoir essayé d'en cesser l'usage, les insectes revinrent plus nombreux qu'auparavant. La malade mena ainsi, pendant plus d'une année, une existence digne de pitié. M. Haessebroucq, en faisant des recherches à ce sujet, trouva, dans le journal d'Hufeland, l'histoire intéressante de quelques cas de maladie pédiculaire. Après les avoir rapportés, le grand praticien allemand conseille, dans les cas rebelles, d'avoir recours à l'arsenic. M. Haessebroucq suivit

ce conseil, et, au bout de quinze jours de l'emploi de la pommade suivante : Axonge, 60 grammes, poudre de Rousselot, 2 grammes 50 centigrammes, cette femme fut débarrassée de ces hôtes aussi incommodes que dégoûtants.

Nous avons publié, dans une de nos dernières livraisons, la formule d'une pâte phosphorée destinée à remplacer les préparations arsenicales pour la destruction des rats. M. Elosmenny dit qu'une expérience de plusieurs années en Afrique, où les rats pullulent dans toutes les maisons mauresques, lui a appris que la scille séchée et réduite en poudre était un moyen de destruction plus rapide et plus certain ; voici les doses : Poudre de scille (scilla maritima), 60 grammes; fromage de Marolles, d'Italie, omelette (en poids) 250 grammes. Bien entendu que les squammes de scille qu'on réduit en poudre doivent jouir de toutes leurs propriétés.

Ce procédé, ajoute M. Elosmenny, convenablement employé, peut à l'avenir faire disparaître la vente de l'acide arsénieux par les pauvres pharmaciens qui, malgré toutes les précautions possibles, peuvent être compromis.

Les premières épreuves du concours pour trois places de chirurgien du bureau central des hôpitaux sont terminées. Ont été admis à continuer leurs épreuves : MM. Giraldès, Depaul, Demarquay, Deville, Boinet, Laborie, Sappey, Desormeaux, Kusko, Guérin.

Voici la composition de la Commission nommée pour l'examen du projet de loi sur l'organisation de l'assistance publique : MM. Rivet, Drouyn de Lhuys, Vergnes, Louvet, Depasse, Wolowski, Bidard, Poile-Desgranger, de Beaumont, Brilles, Bérenger, Coquerel, Delaporte, Chauffour, Garnier-Pagès. Nous regrettons vivement de ne pas voir figurer sur cette liste les noms de quelques-uns de nos confrères qui ont l'honneur de faire partie de l'Assemblée. C'est au sein d'une Commission qu'ils eussent défendu avec le plus de succès les intérêts de la corporation.

M. Quoy, premier médecin en chef de la marine à Toulon, vient d'être nommé inspecteur général du service de santé, en remplacement de M. Fouillioy.

La Faculté de Strasbourg vient de décerner les prix suivants : Prix de l'Université : 1er prix : M. Bamberger (Édouard); 2e prix : M. Zeller (Jules); mention honorable : M. Kinsbourg (Alphonse).

Deux médailles d'honneur pour les meilleures thèses ont été décernées *ex æquo* à M. Simon, auteur de la thèse portant pour titre : *De la Sympathie et de l'Antagonisme dans les fonctions du système nerveux*; et à M. Tourdes, auteur de la thèse : *Du Noma ou du Sphacèle de la bouche chez les enfants.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DOUTES SUR LE VOCABULAIRE MÉDICAL MODERNE.

(Suite et fin (1).)

Nous continuons à jeter un coup d'œil rapide sur quelques mots de ce vocabulaire scientifique, mots, nous l'avons dit franchement, dont le prestige est continuel, sans qu'on en ait bien pesé la valeur et la portée ; aussi les résultats que nous obtenons sont-ils immensément disproportionnés aux investigations et aux travaux actuels.

Les faits.—Oh ! pour ce mot, il n'en est pas de mieux accueilli depuis un certain nombre d'années. C'est le mot magique par excellence, le mot de prédilection. On veut des faits, on ne cherche que des faits, on ne s'en rapporte qu'aux faits. Rien de mieux, assurément, personne ne le contestera ; mais, d'abord, en manquons-nous de faits ; l'*aurea messis* d'observations particulières, tant désirée, n'est-elle pas en notre pouvoir? La science n'est-elle pas encombrée, comme surchargée de faits? Eh bien! que disent-ils ? quel en est l'esprit ? quelles conséquences positives, directes, constantes faut-il en tirer ? C'est ici que commence une confusion véritablement babélique. Des milliers de voix se font entendre, et sur des tons bien différents, ce qui prouve, contrairement au proverbe, que du choc des opinions ne rejaillit pas toujours la lumière. Au fond, qu'est-ce qu'un fait? la manifestation extérieure de phénomènes plus ou moins importants ; mais la vérité est au dedans, tâchez de la faire sortir par le principe et qu'elle brille au dehors, autrement le fait est un mot sans idée, un son sans harmonie, un hiéroglyphe dont on ignore le sens. Ainsi, les faits sont tout ou ne sont rien ; ils sont expressifs ou insignifiants, nuls ou caractéristiques d'une vérité pratique. La chose essentielle par-dessus tout, est donc de chercher la vérité sous l'écorce et dans les profondeurs des phénomènes perceptibles ; c'est de savoir la *raison* d'un fait, après sa constatation ; puis, chose non moins importante, son *rapport* et le degré de ce rapport avec d'autres faits analogues, afin d'en déterminer la valeur et d'obtenir des règles, des dogmes et des principes, qui sont la base même de la science ; en un mot, constituer des unités partielles pour remonter à des unités plus générales. Mais, il faut l'avouer, si ce travail est le plus important, c'est aussi le plus difficile, le plus ardu ; c'est celui, à vrai dire, par la

(1) Voir la livraison du 30 novembre 1848, page 433.

diversité des opinions, qui nous rejette sans cesse dans le doute, dans l'incertitude, dans le *peut-être*, cet impitoyable démon de la médecine. L'appréciation des faits dépend toujours de la hauteur où l'on se place, et cette hauteur dépend sans doute du génie même de l'observateur. Est-il besoin maintenant de dire pourquoi les livres, les journaux, les recueils périodiques sont remplis de faits, tandis que les théories, les doctrines qui peuvent en émaner comme déduction, sont infiniment rares? Des médecins *ramasseurs*, nous en avons en foule; des médecins *initiateurs*, il en est grand besoin; le terre-à-terre est ce qu'il y a de plus commun, tandis que la témérité paradoxale est ce qu'il y a le moins à craindre aujourd'hui, notamment, en France et à Paris.

Cette disposition fatale des esprits tient évidemment à ce qu'en variant continuellement l'étude des faits, on s'en est tenu à leur forme matérielle, au détail descriptif des phénomènes extérieurs. Alors, pourquoi parler des faits avec cette légèreté, cette banalité inconséquente si ordinaire de nos jours? Vous avez raison s'il ne s'agit que de les recueillir, de les ajuster avec plus ou moins d'adresse; mais quand il s'agit de saisir leurs rapports intimes, d'en découvrir le sens caché, de les lier, de les coordonner pour en extraire des principes et des dogmes, il faut une pénétration, une force, une capacité d'attention très-rares; c'est là l'œuvre d'une intelligence de haute portée, et pourtant la vérité scientifique ne s'obtient qu'à ce prix, autant du moins qu'il nous est donné de la comprendre, disons plus, de la reconnaître. Remarquons, en effet, que certaines inductions ont une telle force de vraisemblance que la vérité échappe; c'est là ce qui arrive souvent aux systématiques qui, dominés par leur principe fondamental, l'appliquent forcément aux faits les plus opposés. Aussi est-il reconnu qu'entre un système très-admissible et une folie très-ridicule, il n'y a souvent que la place d'un paradoxe. Rien de plus connu en général, et cependant il est bien rare, quand il s'agit des faits, qu'on remonte à leur interprétation approfondie, à la source de ce qu'ils peuvent produire, par la difficulté même de saisir leurs rapports, et la difficulté mille fois plus grande encore de condenser leur expression, autrement dit les résultats, dans un petit nombre de formules. En effet, coordonner ces résultats dans une large et puissante synthèse, serait le dernier mot sur les phénomènes observés dans leur simultanéité et dans leurs rapports. Nous sommes fort loin d'avoir obtenu en médecine un pareil avantage, même partiellement. C'est là un avertissement qu'il est bon de donner à ceux qui, ayant une foi implicite et sans discernement dans les faits, croient tout ce qu'ils ont vu digne d'être inscrit dans les fastes de la médecine, heureux encore s'ils n'y inscrivaient que ce qu'ils ont vu. Ce n'est pas

ainsi qu'il est possible d'avancer le progrès ; d'introduire lentement, laborieusement, mais profondément quelques idées de plus dans la masse compacte et immobile des idées acceptées et des principes stationnaires.

On ne peut y parvenir que par l'interprétation légitime et l'enchaînement intelligent des résultats et des faits ; aussi l'avancement réel de la science est-il lent, très-lent, tandis que les faits s'accumulent, se pressent avec une étonnante facilité. Au contraire, en médecine, ajouter une vérité à la somme des vérités acquises, c'est prendre rang parmi les intelligences les plus élevées, et avoir droit à l'éternelle gratitude de l'humanité.

Certains échos scientifiques répètent encore que les faits sont la meilleure *pierre de touche* des systèmes : les idées peuvent égarer, disent-ils, les faits jamais. Mais de quels faits veulent-ils parler, puisqu'ils sont identiques et qu' ils tiennent à la nature même de l'homme? Au fond, ne s'agit-il pas entièrement, uniquement de leur interprétation? N'est-ce pas avec les faits, et avec les mêmes faits qu'on a conçu les doctrines les plus absurdes, les systèmes les plus oubliés? Galien, Hoffmann, Stalh, Brown, Rasori, Broussais se sont servis des faits et des mêmes faits, mais le point de vue seul était différent, qu'on le croie bien. Les faits sont par eux-mêmes stériles, à moins d'être fécondés par l'esprit ; ce sont des plantes parasites toujours prêtes à s'attacher à la tige de toutes les idées. Autrement dit, les faits sont tout comme simples matériaux (1), mais il faut connaître l'art de s'en servir comme tels, puis voir de haut les questions, saisir les résultats, marcher aux applications, enfin se souvenir que dans toute science, le présent appartient aux faits, l'avenir et la stabilité aux principes.

L'Expérience.—Ce mot résonne admirablement ; il plaît au jugement, il annonce des résultats, il fait espérer des réalités, un *produit net ;* aussi sa fortune est-elle immense, surtout à notre époque. C'est à l'expérience à décider, il faut en appeler au tribunal de l'expérience ; j'ai mon expérience, je ne parle que d'après l'expérience, il est prouvé par l'expérience, l'expérience est l'unique et souverain juge du *vrai* et du *faux* dans la science, etc. Ces locutions sont devenues tellement ordinaires dans la langue des médecins, qu'on les remarque à peine, on s'en tient à l'idée vague qu'elles représentent. Cependant, quand on y réfléchit et qu'on y regarde de près, on trouve la même confusion

(1) « L'utilité des faits, disait Benjamin Constant, est vraiment merveilleuse. Voyez, j'ai rassemblé d'abord mes dix mille faits : Eh bien! dans toutes les vicissitudes de mon ouvrage, les mêmes faits m'ont suffi à tout; je n'ai eu qu'à m'en servir comme on se sert des soldats, en changeant seulement l'ordre de bataille. »

inextricable que dans les autres mots du vocabulaire médical moderne.

Lorsque Zimmermann fit son livre sur ce beau sujet, il y avait encore dans la médecine des doctrines en faveur et presque généralement admises; mais depuis cette époque, les observations particulières, les faits d'anatomie pathologique, d'autres théories ayant surgi, quoique sans valeur démontrée, on ne sait plus en quoi consiste la bonne, la vraie expérience, et ce qu'il y a de pis, c'est que nul ne s'en inquiète! Disons la vérité, l'expérience semble aujourd'hui un manteau sous lequel se cachent bien souvent l'erreur, l'ignorance et la vanité d'un médecin. A juger par les résultats, c'est quelque chose de si vague, de si incertain, de si peu concluant, qu'elle sert moins à éclairer qu'à épaissir la litière des erreurs qui encombrent les avenues de la science pratique. Cette expérience flottant sans lest et sans gouvernail, est, en effet, si peu capable de guider le praticien dans les applications, que chacun s'en fait le juge par soi-même, d'après ce qu'il a vu, d'après ce qu'il a fait, ce qu'il a éprouvé; disposition fatale, parce qu'elle tend sans cesse à diminuer par l'accumulation des détails, par la multitude des vues particulières, la valeur et la portée des aperçus généraux. Aussi voit-on les médications actuelles s'enfoncer dans le cercle étroit de l'étude symptomatique. On doit convenir que c'est là une expérience variable et multiple, sur laquelle il est impossible de compter, de rien fonder de stable. Il suit de là encore que la médecine ne saurait avancer par un mouvement égal, continu et sur une sorte de ligne droite; elle a pour ainsi dire ses haltes, ses opérations, ses non-sens suivis de brusques élans, traînant pour ainsi dire après soi l'immense cortége de faits isolés, de recherches circonscrites, sans jamais établir de faits généraux; ainsi l'expérience ou ce qui en prend le nom n'est jamais une, ni dans sa direction, ni dans ses efforts, ni dans son but.

Studio doctor, experientiâ medicus, axiome vrai sous quelques rapports, mais éminemment faux sous une multitude d'autres; le médecin sans études, ce qu'il ne faut pas confondre avec une érudition fastueuse et stérile, n'aura jamais qu'une expérience bornée, stérile, et certainement dangereuse. C'est ce qui arrive maintenant à un grand nombre de médecins. Chacun d'eux vante sa méthode, chacun d'eux compte ses chiffres, étale ses succès, et ne s'aperçoit pas qu'il s'en tient à l'empirisme décoré du nom d'expérience. A ce jeu sans fin des opinions diverses, l'esprit s'aiguise vite, les controverses s'animent quelquefois, mais les convictions s'épuisent, et ce semblant d'expérience n'est, en définitive, qu'une insaisissable chimère, un fantôme auquel on peut dire: Expérience, que me veux-tu? Il est tel écrivain, véritable *magno pro-*

missor hiatu, n'annonçant que les résultats de l'expérience et qui ne s'aperçoit pas qu'elle ne consiste que dans les faits expliqués, tamisés par ses idées, par ses vues, par ses préventions. Pourquoi cela? c'est que l'auteur n'a envisagé qu'un des côtés de chaque question, c'est qu'il n'a su créer ni cette variété d'invention, ni cette forme nette, originale qui naît de l'élaboration profonde de ce qu'il a observé. De là, cette agitation anarchique de la science, qui fait que tous les résultats étant contestés, l'expérience est ou nulle, ou indécise, ou contradictoire. On parle souvent d'opinions solides, de travaux admirables; il en est quelques-uns, mais ceux qui les font ne doutent pas sans cesse; quant aux autres, ils se mettent sur la même ligne, sans avoir les mêmes titres; laissez le temps faire un pas et vous serez étonné de la décrépitude précoce de toutes ces belles choses; l'anatomie pathologique, la statistique, le physiologisme, et d'autres conceptions bien inférieures en sont d'insignes exemples.

Mais, dira-t-on, l'expérience n'existe-t-elle donc pas? Sans doute, elle existe, mais son *critérium*, ce qui distingue la fausse de la vraie expérience est plus difficile à saisir aujourd'hui qu'autrefois; de là vient le continuel, l'étrange abus qu'on fait de ce mot d'une séduction presque assurée. Qu'est-ce au fond que la science? Un groupe de vérités issues des faits, reconnues et démontrées par l'observation, et qui réunit un *caractère commun;* ce dernier point est tellement essentiel, que sans lui la science n'existe pas. Mais pour arriver à ce summum d'une valable, d'une complète expérience, bien des qualités sont nécessaires à l'observateur. Outre l'impartialité rigide, scrupuleuse, la finesse, la sagacité de l'esprit, un coup d'œil exercé, l'aplomb, la sûreté de jugement sont indispensables. Certes, il est facile de compter les observateurs doués des qualités qu'exige une pareille expérience, tandis que les aventuriers scientifiques, les chercheurs de spécifiques, les empiriques, les petites capacités, les faiseurs de médecine vulgaire, ceux qui se vantent de courir aux applications, au positif, sont très-nombreux; et cependant, en est-il un qui ne cesse de vanter l'expérience, d'usurper son nom, de s'arroger son influence et de s'en faire un titre? Que sont-ils pourtant? des hommes médiocres, sans idées justes, sans vigueur d'esprit, qui ne savent que se traîner dans l'ornière commune, répéter un mot dont ils n'ont pas la moindre intelligence. Ils oublient, d'ailleurs, ou ils ne savent pas qu'un des caractères principaux de la bonne expérience est une pleine et large sincérité; que c'est la rendre fausse, illusoire, de ne montrer que le côté qui prouve, et de cacher celui qui contredit; quiconque agit autrement n'a pas ce sentiment profond du vrai, qui vivifie l'observation

et sait en tirer des inductions véritablement positives. Celles-là seules, que jadis Philippe Hecquet appelait la *moelle de la pratique*, constatent une expérience solide, capable d'éclairer et de guider le médecin. En effet, à quoi servent des recherches, des faits, une *enquête clinique* plus ou moins étendue, si c'est pour arriver en définitive à une expérience qui trompe par son apparente activité, par des promesses irréalisables. C'est ce qui arrive souvent à notre époque, où l'on ne considère les observations qu'une à une, où il n'est rien de plus rare que des principes, parce que l'idée est négligée, oubliée pour le fait matériel ou la manifestation extérieure. Et cependant, quoi qu'on fasse, l'art n'est que l'action qui suit toujours d'un peu loin, mais nécessairement, la lumière posée devant lui par la science. En s'obstinant à rester dans cette voie, ne faut-il pas craindre qu'on nous reproche l'incertitude ou la nullité de nos doctrines, que nous restons éternellement dans une foule de questions débattues, tiraillées, sans pouvoir en extraire une solution ? Et n'est-il pas vrai que l'expérience vue de cette manière doit encourager nos détracteurs à dire : *vanitas vanitatum, et medicina vanitas ?*

La pratique. — Voilà certes un de ces mots dont personne ne sera tenté de récuser le prestige. Autrefois on voulait être savant et habile médecin, aujourd'hui on est praticien avant tout et exclusivement. Ce mot praticien est en honneur, celui de théoricien est presque une injure. Il n'est pas rare d'entendre dire ceci *est bon en théorie et mauvais en pratique;* mais de quelle théorie veulent-ils donc parler? et quelle idée ont-ils de la leur, si par hasard ils ont essayé d'en formuler une quelconque? Comprenons donc qu'il n'existe aucune distinction fondamentale entre la science pure, rationnelle, et la science appliquée. Toute bonne théorie n'est autre chose que de l'expérience ou de la pratique accumulée et condensée; toute pratique n'est qu'une idée ou une théorie sortant des limites de l'abstraction, pour se transformer en réalités et se manifester par des actes; ainsi la théorie et la pratique sont identiques, puisqu'elles se confondent à une source commune, l'observation. Méconnaître ces données, c'est s'écarter du vrai sentier scientifique, c'est errer dans le dédale des vues, des applications fractionnelles, individuelles. Pris isolément, le théoricien tombe dans l'idéal et la chimère, le praticien dans l'empirisme et la routine. En général, on ne nie pas ces vérités par trop évidentes, mais en réalité on se soucie peu des théories, des dogmes, des principes, tandis qu'on se rattache ostensiblement à la pratique pour faire preuve d'attachement à l'expérience, au positif. La science compte peu, et même on la persifle sous le nom de *théorie*, sorte de petite vengeance familière à ceux qui ignorent. Ils

ont établi on ne sait quel ridicule antagonisme entre la théorie et ce qu'ils appellent la pratique, élevée de nos jours sur un piédestal pompeux et entourée d'inconcevables adulations. A la chute du système broussaisien, un vieux praticien, très-satisfait, s'écria plein d'enthousiasme, *tant mieux, il n'y aura plus de doctrines, ni bonnes ni mauvaises.* Eh bien! beaucoup de gens, sans être aussi naïfs, ont la même opinion; ils agissent comme s'il n'y avait ni bonne ni mauvaise doctrine, mais ils se disent praticiens, ce mot excuse tout, couvre tout. La plus grande partie se maintient dans une sorte de médecine purement symptomatique, assurément très-voisine de l'empirisme. Dans la science ou la théorie on *connaît*, dans l'art on *exécute;* mais qu'est-ce donc qu'exécuter, sans connaître, sans s'appuyer préalablement sur des dogmes ou des principes? Autrefois on a abusé des doctrines générales, on est tombé maintenant dans l'excès contraire, *in vitium ducit culpæ fuga...si caret arte.*

C'est là que nous en sommes pour la pratique, à force de ramasser des faits sans les coordonner par leur valeur et leurs rapports. Dans les recherches cliniques, dans les applications, ce qui manque, il faut bien le dire, ce n'est pas la mise en œuvre, si l'on peut ainsi s'exprimer, ni une certaine sagacité ou une certaine habileté d'exécution; ce qui fait défaut, en général, c'est une force interne qui pousse à créer, à fonder des principes, à établir une bonne et forte théorie avec les faits que nous possédons. Du neuf, du vrai, des vues élevées, c'est là cette grande lacune qui frappe les yeux les moins attentifs; tenter, sonder l'inconnu avec cette témérité qui ne messied pas au talent hardi et chercheur, c'est ce qu'on n'essaye même pas, et l'on parle sans cesse de progrès, d'avancement, de hautes données pratiques! Penser peu pour se tromper peu; ne pas marcher, de peur de faire des faux pas, en vérité il est à craindre que ce ne soit là le secret de cette sagesse pratique qu'on vante sans la bien connaître. On dirait que la médecine n'est qu'un capital, dont la valeur se mesure par l'intérêt qu'il rapporte. Qu'en résulte-t-il? Que les monopoleurs de positivisme scientifique ont leur méthode, leur pratique individuelle et comme spéciale. Or, quel choix peut-on faire dans cette *médicasserie?* La confusion la plus étrange règne, en effet, de toutes parts, dans les applications. Vous parlez de pratique, mais de laquelle? car il n'y a pas moyen de s'entendre à ce sujet, quoi qu'on en dise. A peu de choses près, chacun a la sienne, non pas souvent dans quelques détails, mai- radicale, profonde, opposée. Entrez à Paris, dans un hôpital, observez et notez la pratique suivie, quand il s'agit d'un cas pathologique déterminé; passez dans la salle à côté, autre méthode, autre

pratique; tantôt c'est un empirisme plus ou moins raisonné, tantôt un esprit de système qui l'est encore moins. Les exemples fournis à l'appui de cette assertion se multiplient, aussitôt qu'on veut bien les remarquer. Nous n'en citerons qu'un seul, c'est le traitement de la fièvre typhoïde. On en compte au moins jusqu'à douze principaux; ainsi le *praticien*, fier de ce titre, dédaignant, méprisant toute théorie, a de quoi choisir. Mais, dira-t-on, quand il s'agit d'une *inconnue* pathologique, il faut bien essayer différentes méthodes, tenter diverses modifications. D'accord; mais, d'une part, pourquoi vanter avec une outrecuidance sans mesure les progrès immenses de la science moderne, les faits, l'expérience, l'application pratique, etc., etc. ? De l'autre, on demande ce qu'ont apporté de neuf à la science ces diverses méthodes de traitement depuis nombre d'années qu'on les emploie. Examinons, comptons, pesons les résultats; alors chacun vient avec ses faits, avec sa statistique, avec ses succès, nous dire : Ma méthode est la bonne; voici mes preuves, ma statistique. Le malheur est que quand les hommes impartiaux recourent à cette même méthode, les mécomptes se multiplient, les erreurs se manifestent, et, en fin de compte, on n'en reste pas moins dans le doute, dans la perplexité, quoiqu'on n'ait cessé de dire qu'on s'est appuyé sur la prrtique. Quant à la théorie, il n'en est nullement question, car il faudrait s'élever à des considérations d'un autre rang, où les esprits médiocres n'ont aucun droit; toute synthèse n'est à l'usage que de vastes cerveaux. On aura beau faire, les applications de l'art en détail n'ont de fondement réel que dans les indications, et la source de celles-ci se trouve dans la science elle-même, dans la connaissance des lois vitales régulières ou anormales, dans l'étude de l'homme sain et malade. Or, nous voici bien loin de cette pratique vulgaire, banale, établie sur des faits isolés ou sur de vagues souvenirs de ce qu'on a fait; pratique presque toujours impuissante, et dont on se pare néanmoins avec tant d'assurance.

Nous ne pousserons pas plus loin l'examen du vocabulaire médical moderne, au moins dans le sens qu'on lui donne. Quelques mots détachés et analysés suffiront pour en démontrer le peu de valeur, le prestige et le mensonge. Qu'on nous parle tant qu'on voudra d'expérience, d'application, de pratique, il est facile de voir que nous sommes et que nous restons dans l'empirisme, et qu'on ne fait aucun effort pour en sortir. Qui le croirait? La science n'en est point encore à l'étude des forces et des lois qui régissent les organes : on s'en tient à ceux-ci dans la partie pathologique, et ce qui ne devait être que l'étude des effets devient la limite de nos efforts. Pour nous, l'actualité morbide ne va pas plus loin. Il est vrai que ce qui concerne les forces et

les lois vitales, relativement aux applications pratiques, présente de grandes difficultés; mais au moins indiquons la route, plaçons des jalons, et peu à peu le progrès réel se fera. L'école qui fait peu et lentement, mais qui achève, doit avoir incontestablement la supériorité comme la préférence sans se laisser aller à l'idéal de la conjecture ou de l'hypothèse. Devons-nous donc errer à jamais dans le matériel organico-physiologique où nous sommes depuis si longtemps? Certes les effets de cette méthode, si tant est que ce soit une méthode, plutôt qu'un sec et fastidieux inventaire de faits, ont bien peu répondu jusqu'à présent aux promesses, et sans nier systématiquement le progrès, on peut douter si, depuis longues années, la médecine a fait un pas, si son avancement méthodique et dogmatique n'est pas un vain mot dont se berce l'orgueil de notre génération médicale. Loin de croire, comme bien des gens, que la science ait dit son dernier mot, ou à peu près, nous pensons qu'elle peut à peine formuler ses premiers principes; loin de crier *hosanna*, d'admirer les immenses progrès que nous avons faits, reconnaissons, au contraire, qu'un voile épais couvre encore les phénomènes pathologiques, les médications plus ou moins heureuses; demandez-le aux praticiens, lorsqu'il s'agit de maladies graves, de cas difficiles, qui ne révèlent que trop notre impuissance et nos regrets.

R. P.

SUR LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LE CHLOROFORME.

Par M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les journaux de médecine ont déjà publié quelques cas d'application des inhalations éthérées ou chloroformiques à la cure des névralgies; mais ces cas peu nombreux sont des exemples isolés d'après lesquels il est encore difficile d'établir jusqu'à quel point cette médication peut être généralisée. Doit-elle demeurer exceptionnelle à cause de ses insuccès ou de ses inconvénients? ou peut-elle, au contraire, prendre un rang avancé parmi les divers moyens qu'on oppose aux névralgies, et son emploi peut-il devenir assez simple, assez facile, assez efficace pour être mis à la portée de tous les praticiens et profiter à un grand nombre de malades? Ce qu'on sait sur cette méthode n'a pas permis jusqu'à présent de résoudre ces diverses questions d'une manière satisfaisante; mais la voie déjà ouverte mérite d'être explorée, et les travaux dirigés dans ce sens ne peuvent manquer d'être utiles à la science et à l'humanité.

Fixé depuis longtemps, par les résultats de notre pratique chirurgicale, sur les avantages et les inconvénients respectifs de l'éther et du

chloroforme, nous nous servons habituellement de ce dernier dans nos opérations. C'est aussi avec le chloroforme que nous avons commencé et que nous voulons poursuivre l'expérimentation de l'anesthésie artificielle dans les cas de névralgie. Cet agent a été employé jusqu'à présent de deux manières : 1° par les voies respiratoires; 2° en applications locales à l'état liquide et à l'état de vapeur. Ce second mode d'administration prouve que le chloroforme exerce une action anesthésique directe sur les organes de la sensibilité, et qu'il n'est pas nécessaire d'engourdir les facultés perceptives pour abolir la sensation. Il suffit d'agir sur les nerfs d'une partie pour leur ôter l'impressionnabilité et la faculté de transmettre au cerveau les modifications dont ils sont affectés. Toutefois, cet effet est rarement complet et n'a lieu qu'à la surface des plaies ou dans des parties dont la sensibilité est viciée. A l'état normal, les tissus soumis à l'action directe du chloroforme ne peuvent être complétement engourdis, et l'on n'entrevoit guère la possibilité d'épargner au malade la douleur d'une opération autrement que par la chloroformisation des centres nerveux. En supposant qu'on parvienne à engourdir la peau d'un membre, il est difficile de croire que la paralysie puisse atteindre les nerfs placés dans l'intérieur des muscles.

Il semble n'en p'us être ainsi lorsque la sensibilité a subi une exagération pathologique. Qu'une partie soit atteinte de névralgie, il est possible alors d'y modifier l'innervation et de la ramener au degré normal par l'imprégnation directe d'une certaine quantité de chloroforme. C'est ce qui est arrivé dans les cas de névralgie traumatique rapportés par M. Legroux, et dans le lumbago ainsi traité avec succès par M. Moreau. Il y a plus : un résultat analogue s'observe dans les cas où, à défaut d'une chloroformisation locale, on a recours à l'inhalation. Il n'est pas alors toujours nécessaire de saturer le système nerveux central, c'est-à-dire de produire l'ivresse pour voir un organe affecté de névralgie subir une influence curative. Il suffit de produire un faible engourdissement général, un demi-sommeil pour atteindre d'une manière plus profonde le trouble de l'innervation borné à une région du corps. En raison de ce fait, dont les deux observations suivantes nous fourniront la preuve, en raison de ce qui arrive aux enfants, aux femmes et aux sujets faibles et nerveux, tous plus faciles à rendre insensibles que les adultes du sexe masculin et d'une constitution robuste, on peut établir que *l'action préventive ou curative de l'anesthésie artificielle, sur la douleur traumatique ou spontanée, est proportionnelle au degré de sensibilité résultant de l'état physiologique ou pathologique du sujet.*

Depuis assez longtemps nous avons à peu près renoncé à toute espèce d'appareil, et nous préférons nous servir habituellement d'une compresse ou du mouchoir du malade. Cette manière a l'avantage d'être simple et commode. Elle dispense d'un appareil spécial souvent effrayant pour le patient et que le chirurgien n'a pas toujours à sa disposition.

Nous ne prolongeons l'inhalation, dans le cas de névralgie, que jusqu'à l'apparition d'un sommeil léger. L'expérience nous a montré que c'est assez pour atteindre le but, et qu'on évite ainsi les inconvénients qui résultent parfois d'une absorption trop considérable de chloroforme, comme les nausées et les vomissements. En ne produisant qu'un léger sommeil, il est facile d'en retirer le malade par une faible excitation et de l'interroger sur ce qu'il ressent. Alors, comme nous l'avons vu dans la plupart des cas, le malade avertit le médecin de la diminution progressive des douleurs névralgiques et enfin de leur disparition complète. Aussitôt on cesse l'inhalation, et le retour à l'état normal est complet en peu d'instants. Nous avons vu des malades entièrement débarrassés de leur névralgie en une seule séance, mais c'est le plus petit nombre. Chez les autres, la maladie reparaît au bout de quelques jours ou de quelques semaines, mais avec moins d'intensité. Une seconde séance, et quelquefois une troisième, rarement davantage, sont nécessaires pour guérir radicalement l'affection. Mais chaque fois celle-ci est modifiée d'une manière si marquée et prend si évidemment une marche décroissante, qu'on ne peut plus douter d'en rester maître. Le médecin n'a plus qu'à se comporter comme dans une foule d'autres cas où il est nécessaire, comme dans l'usage de la quinine, par exemple, de continuer la médication à doses décroissantes. Enfin n'omettons pas d'indiquer le moment de la crise névralgique comme le plus favorable pour procéder à l'inhalation et en obtenir les effets désirés.

En rapportant des faits à l'appui de cette méthode, nous ne prétendons pas qu'elle doive supplanter les autres médications usitées en pareil cas, ni qu'elle doive être toujours suivie de succès. Peut-être ne sera-t-elle que d'une efficacité très-incomplète dans les cas où la névralgie reconnaît pour causes certaines conditions morbides évidemment inaccessibles à l'influence des agents anesthésiques. Mais nous pensons que partout où la névralgie aura un caractère idiopathique, cette nouvelle méthode de traitement comptera de nombreux succès. Nous ne doutons point que, seule ou combinée avec d'autres moyens, elle ne rende d'éminents services à beaucoup de malades victimes d'une affection cruelle trop souvent rebelle aux efforts les mieux dirigés.

Enfin, même dans les cas de névralgie symptomatique, elle pourra réussir plus d'une fois, comme le montre son efficacité contre l'odontalgie liée à la carie des dents.

Nous pourrions dès aujourd'hui raconter un grand nombre de faits recueillis par notre élève, M. Petit, interne de l'Hôtel-Dieu ; mais ne voulant pas ici dépasser les bornes d'une simple note, nous ne reproduirons que les deux premiers cas dans lesquels nous avons eu recours à l'emploi du chloroforme.

Obs. I. Une religieuse de l'Hôtel-Dieu, sœur D..., âgée de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin nerveux, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de 1846. A cette époque, une vive frayeur supprima brusquement les règles. Quinze jours après, survint une métrorrhagie. Depuis, les règles reprirent leur cours, mais revinrent à des époques irrégulières et s'accompagnèrent de malaises. L'écoulement à peine rouge était précédé et suivi pendant deux ou trois jours de perte blanche. Des épistaxis auxquelles la malade était sujette depuis longtemps, devinrent plus fréquentes, sans qu'il y eût toutefois un rapport entre leur manifestation et les époques menstruelles.

Vers le commencement de janvier 1848, sans autre cause appréciable qu'un chagrin léger, sœur D... éprouva subitement dans l'oreille droite une douleur s'irradiant vers la tempe et le front. Cette douleur, qui n'a pas cessé depuis ce temps, a présenté de nombreuses alternatives d'intensité, mais, en résultat définitif, elle a fait des progrès constants jusqu'à ce jour. Ordinairement bornée à la région indiquée, elle s'étend, au moment des exacerbations, à l'oreille du côté opposé, aux deux tempes et même à toute la tête. Dans tous les cas, elle est rapportée au cuir chevelu, à la peau des tempes et à la cavité auriculaire. Elle consiste en une sensation de piqûre, de tiraillement et de pression très-pénible. Elle est continue avec des exacerbations irrégulières, revenant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures avec une intensité variable. De temps en temps il survient des crises d'une grande acuité, durant de deux à huit jours, pendant lesquelles la malade est complétement privée de sommeil et a beaucoup de peine à faire son service auprès des malades. Elle a perdu presque tous ses cheveux.

L'aménorrhée et les épistaxis avaient d'abord fait penser que la névralgie était sous l'influence d'une hypérémie céphalique. Deux saignées furent pratiquées sans soulagement notable. Trois applications de sangsues, dont deux aux cuisses et une aux apophyses mastoïdes, n'eurent qu'un résultat insignifiant ou passager.

Un grand nombre de remèdes antinévralgiques furent employés. Tour à tour les pilules de Méglin, les pilules d'opium, de datura et de belladone du docteur Trousseau, la morphine par la méthode endermique, le cyanure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, diminuèrent quelquefois la douleur, qui reparaissait avec la même violence aussitôt que la médication était suspendue, ou bien même n'eurent aucune prise sur les accidents et produisirent souvent les effets désagréables d'un narcotisme porté trop loin.

On avait soupçonné quelque carie dentaire d'être le point de départ de la maladie et l'on avait souvent examiné les dents ; mais elles paraissaient toutes en bon état. Cependant, sur les plus vagues soupçons, la malade se fit arracher successivement cinq dents molaires qui furent trouvées parfaitement saines et dont l'extirpation n'amena aucun changement dans l'état morbide.

Nous avions renoncé à toute espèce de traitement, et nous désespérions de voir guérir cette cruelle maladie, lorsque nous songeâmes que le chloroforme pourrait peut-être nous réussir; nous eûmes recours à l'inhalation, qui fut faite par notre élève M. Petit, le 8 septembre; à mesure que l'engourdissement s'emparait de la malade, elle nous avertissait de la diminution progressive de ses douleurs, et enfin, avant de s'endormir tout à fait, elle nous fit comprendre qu'elle ne souffrait plus. Elle éprouvait un tel bien-être, qu'elle nous priait en grâce de continuer l'inhalation. Nous ne tardâmes pas cependant à la cesser.

Deux jours se passèrent avec les apparences d'une guérison complète. Le troisième jour, une émotion morale fit renaître les douleurs, mais à un degré très-supportable et infiniment moindre que précédemment. Jusqu'au 4 octobre, les douleurs reparurent plusieurs fois à un faible degré; mais cependant avec une intensité progressivement croissante. Le 4 octobre, la malade, qui nous dit alors ne souffrir encore que la moitié de ce qu'elle souffrait autrefois, fut soumise à une seconde inhalation. Celle-ci fut suivie d'un calme parfait pendant quinze jours, au bout desquels une nouvelle émotion fit renaître quelques faibles douleurs dans l'oreille. Cette récidive n'eut pas de suites immédiates et se borna à un accès très-léger. Vers le commencement de novembre, quelques atteintes fort légères se reproduisirent d'une manière intermittente. Elles duraient peu, une heure ou deux, puis disparaissaient pour revenir un jour ou deux plus tard. Le 19 novembre, la malade nous dit qu'elle voulait être complétement débarrassée, quoiqu'elle ne souffrît que fort peu relativement aux douleurs du passé, et nous pria de l'endormir encore une fois. Nous nous rendîmes à ses désirs, et l'inhalation dissipa complétement les douleurs qui lui res-

taient. Près d'un mois s'est écoulé depuis lors, et la guérison ne s'est point démentie. On peut la regarder comme définitive. (Obs. recueillie par M. Petit.)

Obs. II. Le sujet de cette observation est encore une hospitalière de l'Hôtel-Dieu, sœur Em...., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique nerveux. Cette jeune sœur entra à l'infirmerie au mois de novembre 1847, pour une adénite axillaire. Le lendemain de son entrée, survint une fièvre intermittente qui revêtit le type tierce. L'accès, qui revenait ordinairement le matin, se compliqua dès les premiers jours d'une douleur de tête très-violente. La maladie fut rebelle. Dans l'espace d'un mois, elle fut guérie trois fois par le valérianate de quinine, et trois fois elle récidiva. Cependant elle finit par disparaître ; mais la céphalalgie persista et revint, pendant plusieurs mois, par accès très-réguliers, tous les deux jours, à la même heure que l'accès fébrile. Le sulfate et le valérianate de quinine, qu'il fallut porter à une dose élevée, supprimèrent quelques accès, mais n'amenèrent pas une guérison radicale, et il fallut y renoncer à cause des symptômes gastralgiques et dyspepsiques qui suivirent leur emploi prolongé.

Vers la fin de juillet, l'intermittence devint moins franche ; les accès ne furent plus aussi réguliers, leur durée se prolongeait. La malade souffrait quelquefois pendant trois jours de suite des douleurs très-vives ; évidemment, la maladie tendait à devenir continue. Enfin, les mois suivants, la névralgie prit tout à fait ce caractère, et la malade souffrait toujours beaucoup dans l'intervalle des accès, qui très-fréquemment revenaient jusqu'à plusieurs fois par jour. Chaque accès s'annonçait par la pâleur de la face, la décomposition des traits et des bouffées de chaleur vers la tête. La douleur commençait par la région temporo-pariétale gauche, puis gagnait le front, la tempe opposée, la région syncipitale, et même toute la tête. Dans certains accès moins violents, la douleur restait bornée à la tempe. La surexcitation de la sensibilité était perçue par la malade dans la profondeur des parties aussi bien qu'à la superficie du cuir chevelu, qui était douloureux au moindre contact. La douleur avait le caractère de tiraillements et d'élancements. Enfin les accès, en se prolongeant, troublaient les digestions, ôtaient l'appétit, privaient la malade de sommeil, parfois plusieurs nuits de suite. Toutes les médications usitées en pareil cas furent employées. Mais, ni les émissions sanguines, ni les évacuants, ni les antipériodiques, ni les narcotiques et les antispasmodiques de toute espèce, ne furent suivis d'un résultat satisfaisant.

Enfin, nous nous décidâmes à recourir au chloroforme. Une première inhalation, le 30 septembre, ne fut pas heureuse. Elle causa des vomis-

sements, un grand malaise, et plutôt une aggravation qu'une diminution des accidents névralgiques. La malade, découragée par cette première tentative, répugnait beaucoup à une seconde. Cependant nous la décidâmes à s'y soumettre le 15 octobre. Depuis huit jours elle n'avait pas dormi et n'avait pris presque aucune nourriture, tant les accès avaient été violents et rapprochés. Cette fois, l'opération réussit parfaitement, et fut suivie, à l'instant même, d'une disparition complète des douleurs. La guérison se soutint pendant quinze jours. Au bout de ce temps, une impatience et l'odeur de la pipe, que la malade craint beaucoup, ont ramené un léger accès, qui ne s'est pas prolongé. Jusqu'au 12 novembre, de faibles et courts accès reparurent ; et, pour empêcher la recrudescence du mal, nous eûmes recours, à cette époque, à une nouvelle inhalation. Encore cette fois, la douleur disparut immédiatement et complétement. Le 19 novembre, la malade nous dit qu'elle avait eu encore, au retour de ses règles, quelques douleurs dans la tête, qu'elle ne se sentait pas tout à fait bien par moments, depuis trois jours, et qu'elle désirait être chloroformisée encore une fois pour être entièrement débarrassée. Une troisième inhalation eut lieu et eut tout le succès désiré. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis près d'un mois, la santé de sœur Em. est excellente, sa gaieté est revenue, et tout me fait croire que sa guérison est solide. (Observation recueillie par M. Petit.)

Ce qui est arrivé à cette malade lors de la première inhalation nous montre combien l'on aurait eu tort de se décourager pour un premier insuccès. Nous avons attribué cet échec à ce que l'inhalation fut trop prolongée. Les nausées et les vomissements qui en furent la suite contribuèrent probablement à la persistance et à l'aggravation de la douleur. Nous répéterons donc ce que nous avons dit plus haut, qu'il vaut mieux ne procurer aux malades qu'un sommeil incomplet et peu prolongé, que de les enivrer par une saturation chloroformique.

A ces deux faits nous ajouterons la simple mention de celui d'une femme placée dans le service du docteur Foullioux, qui a bien voulu consentir à l'essai de cette nouvelle médication sur sa malade. Cette personne, âgée de quarante-huit ans, avait depuis six ans des douleurs de tête habituelles, avec des paroxysmes très-fréquents, et si violents qu'elle en était devenue presque idiote. Elle était aussi souvent prise de spasmes de toute espèce et d'accès d'hystérie à un âge où cette maladie se développe très-rarement. Tous les moyens avaient été tentés, jusqu'à l'incision du cuir chevelu, et sans aucun résultat. Elle a été débarrassée complétement de ses douleurs en moins de deux minutes. Cette guérison n'est probablement que temporaire ; mais nous pensons que si les douleurs reviennent, elles seront beaucoup moins fortes, et qu'une

série d'inhalations appliquées à une maladie décroissante finirait par en triompher tout à fait. Ce succès, d'ailleurs, est d'autant plus digne de remarque, qu'une faiblesse du bras droit et des crampes dans ce membre, réunies à l'état mental de la malade, faisaient craindre qu'on n'eût affaire à une lésion organique de l'encéphale.

Nous nous bornons à la narration des faits qui précèdent. Nous les croyons suffisants pour fixer l'attention des praticiens et les engager à essayer une médication dont nous pourrions montrer le succès dans une quinzaine d'autres cas. Nous espérons qu'ils auront souvent à se féliciter d'y avoir eu recours, et nous serons heureux d'avoir contribué à la vulgarisation d'une méthode que nous croyons efficace.

Barrier.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TRAITEMENT DES GRANULATIONS INTRA-UTÉRINES PAR LA CAUTÉRISATION. —CYLINDRES D'AZOTATE D'ARGENT SUR AXE DE PLATINE.—CAUTÉRISATION A L'INTÉRIEUR DES CAVITÉS MUQUEUSES.

Par M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux.

Une grande obscurité règne encore sur les causes qui, chez certaines femmes, déterminent des pertes sanguines qui ne reconnaissent aucune des causes généralement appréciables, telles que polypes, ulcérations, affections cancéreuses, etc. Les pertes dont nous parlons se produisent en l'absence de toutes ces causes, et, chez la femme disposée à ce genre d'hémorrhagie, il suffit d'un mouvement un peu brusque, d'une secousse quelconque, d'une course en voiture, pour ramener la perte sanguine. L'analyse des symptômes et des causes présumées de ce singulier état semble conduire à admettre l'existence d'une cause locale à l'intérieur de la cavité utérine. Mais cette cause, quelle est-elle? Est-ce, ainsi que l'a avancé M. Récamier, la présence de petites granulations vésiculeuses, de petites végétations à la surface interne de l'organe utérin? C'est là une chose fort douteuse, parce que, jusqu'à ce moment, on n'a consigné dans des écrits sérieux aucune description régulière et satisfaisante de ces productions accidentelles. Nous croyons que le corps même de la maladie, en tant du moins qu'il s'agit de caractères anatomiques déterminés, n'existe encore que dans l'imagination, car, pour notre compte, nous ne pouvons nous résoudre à voir, dans cette espèce de bouillie sanguine que nous a montrée plusieurs fois M. Récamier lui-même et qu'il retire par le curage de la cavité utérine, nous

ne pouvons, disons-nous, voir aucun caractère défini, et rien autre chose que ce que l'on retirerait de toute muqueuse qui, reposant sur un tissu ferme, comme celui de l'utérus, serait soumise à un raclage un peu énergique.

Mais ce qui n'existe pas dans l'imagination, et bien positivement dans des faits palpables, c'est le traitement, c'est l'efficacité, dans certains cas, du traitement proposé par M. Réeamier.

Ainsi, ce qu'il y a d'avéré pour nous, c'est que le genre d'hémorrhagie dont nous avons parlé peut cesser définitivement par suite d'une action locale et directe sur la surface interne de la cavité utérine, soit par le grattage, au moyen de la curette employée par M. Réeamier, grattage ou curage suivi de cautérisation, soit par la cautérisation seule.

C'est sur ce dernier agent que nous avons voulu appeler l'attention des praticiens, parce que plusieurs faits, et, entre autres, un fort remarquable, qui a eu pour sujet la femme d'un de nos honorables confrères, nous prouvent que la cautérisation seule, employée comme nous le faisons, au moyen d'une modification apportée dans la préparation des cylindres d'azotate d'argent, suffit pour faire cesser le genre d'accident dont il s'agit.

Les porte-caustiques à cuvette sont loin d'avoir l'efficacité cautérisante d'un crayon d'azotate d'argent introduit en nature et tout entier dans la cavite utérine. Ce qui, jusqu'alors, avait fait obstacle à l'introduction de longs cylindres d'azotate d'argent dans la cavité utérine, c'est la fragilité extrême de ces cylindres. Cette fragilité s'oppose à leur emploi aussi efficace que possible, d'abord en ce que le cylindre, dès qu'il a quelque longueur, se brise pendant l'introduction même, et ensuite parce que la crainte de laisser un fragment considérable dans la cavité de l'utérus ou dans les replis du vagin, après la cautérisation, empêche de pratiquer cette dernière aussi énergiquement qu'il le faudrait pour arriver aux résultats que nous avons obtenus.

Mais les choses doivent être reprises de plus haut, et, comme la modification dont nous parlons s'applique à l'emploi du caustique pour toutes les cavités muqueuses, nous entrerons à cet égard dans quelques détails.

Le caustique le plus habituellement manié par les chirurgiens, celui qu'ils portent constamment avec eux, puisqu'il fait partie intégrante de la trousse chirurgicale, étant l'azotate d'argent, tout ce qui peut ajouter à la sûreté et reculer la limite d'application de ce caustique est généralement accueilli avec faveur par les praticiens. En cette matière, un perfectionnement de peu d'importance en lui-même devient quel-

que chose à raison de la fréquence et de la multiplicité des applications. Et, à cette occasion, qu'il nous soit permis de remarquer qu'avec un mérite d'invention bien différent, certains perfectionnements peuvent avoir une somme égale d'utilité. Il y aura, par exemple, un mérite très-grand dans l'invention de telle méthode thérapeutique, ou dans l'acquisition de faits qui se rattachent à une maladie ; mais cette maladie est rare, et, par cela seul que le peu de fréquence de la maladie rend très-rare l'application des données acquises, le mérite de l'inventeur n'est pas diminué, quoique les cas d'application soient fort restreints, mais la somme d'utilité se réduit d'autant. Par contre, un perfectionnement de peu d'importance dans des choses très-généralement usuelles peut avoir une somme d'utilité plus grande qu'il ne paraît d'abord, par l'addition de ces petits avantages qui se reproduisent chaque jour, et pour un grand nombre de cas.

Ces considérations nous ont paru nécessaires pour justifier du motif qui nous fait arrêter quelques instants l'attention sur un perfectionnement qui, par lui-même, se réduit à bien peu de chose.

La disposition de l'azotate d'argent des trousses, sous forme de lingots solides qui n'absorbent pas l'humidité et qui conservent leur forme en quelque sorte indéfiniment, est une des plus avantageuses que l'on puisse donner à un caustique quotidien et de tous les instants ; mais ces lingots d'azotate d'argent présentent une défectuosité capitale par leur excessive fragilité. On n'y fait pas grande attention, parce que, pour la plupart des applications, on ne se sert que d'une portion de cylindre tellement courte, que sa fracture est rendue moins facile ; et cependant encore, que de gaspillage et de déchet dans l'usage journalier de ces cylindres ! Dès que le crayon placé dans le porte-pierre dépasse huit à neuf lignes, presque toujours il se brise. Combien cet inconvénient n'est-il pas plus marqué dès que les cylindres ont une longueur plus considérable, ainsi que cela s'observe quand il s'agit de faire pénétrer à une assez grande profondeur, dans une cavité étroite, un crayon d'azotate d'argent un peu plus long que de coutume !

Il faut le reconnaître, cette crainte qui accompagne, pour tout praticien prudent, l'usage de l'azotate d'argent, et qui fait appréhender qu'une portion d'un caustique si friable, restée dans l'intérieur d'une cavité muqueuse, ne produise des escarres, et par suite des perforations de la nature la plus grave, constitue dans la thérapeutique une difficulté réelle ; et je connais des praticiens qui n'emploient jamais la cautérisation au crayon pour les amygdales, le voile du palais ou le pharynx, sans une certaine appréhension, prenant sa source dans ce qu'un fragment de cylindre, venant à se détacher par un mouvement brus-

que du malade, comme chez un enfant ou chez un sujet indocile, ne tombe dans le pharynx et n'arrive, entraîné par une déglutition involontaire, soit jusqu'à l'estomac, où il pourrait donner lieu à une escarre mortelle, soit dans le larynx, où il aurait le double effet, presque également à redouter, d'un corps étranger déterminant la suffocation, ou d'un agent cautérisateur dont la dissolution dans les bronches pourrait entraîner les plus graves accidents.

Ce que nous avons dit pour les cautérisations pharyngiennes existe aussi, quoique avec des conséquences moins redoutables, pour certaines cautérisations des organes génito-urinaires de la femme. Combien de fois, imitant nos prédécesseurs à l'hôpital de Lourcine, n'avons-nous pas employé, pour modifier la marche du catarrhe utérin et celle de l'urétrite blennorrhagique chez la femme, les cautérisations avec de longs crayons de nitrate d'argent! Eh bien, souvent le crayon, dès qu'il a un peu de longueur, se fracture, et dans le cas de fracture multiple, si l'un des fragments est extrait, il en peut rester un autre, dont le séjour, jusqu'à dissolution complète sur des surfaces muqueuses, peut entraîner des suites graves.

On a tellement senti ces inconvénients, qu'un de nos confrères, plein de sagacité, M. le docteur Ricord, a imaginé une pince particulière pour permettre de porter le crayon dans la cavité du col de l'utérus et dans le canal de l'urètre, sans être exposé à y laisser des fragments. Nous avons bien des fois fait usage de cette pince, mais elle donne lieu à une cautérisation très-insuffisante, d'abord parce que les trois branches qui la constituent couvrent, quoique très-minces, une partie du cylindre caustique et empêchent le contact direct de ce dernier sur les parties cautérisées, et cela dans toute la portion de surface recouverte par chacune des branches. Ensuite, le sommet du cylindre étant complétement enveloppé par les crochets terminaux des trois branches, ne peut rendre aucun service; ajoutons enfin que même dans les espaces longitudinaux qui séparent les branches les unes des autres, le contact n'est que très-imparfait, parce que les reliefs formés par les branches de la pince à la surface du cylindre, tiennent à distance la muqueuse et ne lui permettent pas de s'appliquer contre le caustique assez étroitement pour que l'action de celui-ci puisse jouir de toute son efficacité.

Ces réflexions m'avaient conduit à penser que l'application des moyens propres à maintenir la cohérence, à prévenir la dispersion des diverses parties du crayon, en tant que cette application se faisait à l'extérieur du cylindre, ne pouvait donner lieu qu'à des résultats imparfaits, et que c'était à l'intérieur même du cylindre qu'il fallait placer le moyen de cohésion. Ce fut donc en fixant au centre, c'est-à-dire dans l'axe

même du cylindre, un moyen qui, sans neutraliser ou annihiler l'action d'aucun des points de la surface, prévînt la fragmentation du cylindre, que nous avons cherché à atteindre le but.

Un fil placé dans l'axe même du crayon est de nature à atteindre ce but. Mais les fils non métalliques peuvent se détruire par l'action chimique de l'azotate d'argent; d'un autre côté, les fils métalliques sont susceptibles de donner lieu à des décompositions qui, non-seulement peuvent les altérer eux-mêmes, mais encore peuvent affecter la composition chimique du crayon d'azotate d'argent.

Le métal dont les propriétés nous ont paru offrir, avec la consistance nécessaire pour donner un axe résistant, l'avantage de rester indéfiniment au contact de l'azotate d'argent sans subir et sans communiquer aucune altération chimique appréciable, c'est le platine. Nous avons donc prié M. Mialhe de vouloir bien nous faire préparer des cylindres d'azotate d'argent avec axe de platine. Nous avons présenté plusieurs de ces cylindres à la Société de chirurgie. Les crayons ainsi préparés pouvaient être maniés assez rudement, sans se briser. Plusieurs avaient déjà servi à des cautérisations utérines profondes, et quoique quelques-uns des cylindres se fussent fissurés en plusieurs segments, tous les tronçons restaient unis entre eux à la manière des grains de chapelet.

Ces crayons offrent assez de résistance pour ne pas se fracturer en tombant sur un corps dur, et quand le fût du cylindre se subdivise en divers tronçons, ceux-ci font système les uns avec les autres, par suite de la persistance de l'axe central qui leur est commun. Les divers segments du cylindre, reliés ainsi entre eux par une tige centrale, ne peuvent se séparer complétement et séjourner d'une manière fâcheuse dans les cavités organiques.

Quand on a fait usage, un certain nombre de fois, d'un cylindre ainsi préparé, la tige centrale se met à découvert à l'extrémité du cylindre, au fur et à mesure de la dissolution du sel argentique. Les ciseaux suffisent pour ébarber le fil et le mettre de niveau avec la surface du crayon, de manière à prévenir la piqûre des tissus par l'extrémité du fil métallique devenu libre.

Sans savoir au juste en quoi sont augmentés les frais de préparation officinale pour la confection de ces crayons d'azotate d'argent à tige de platine, je suis convaincu qu'il résulterait pour les hôpitaux une grande économie de l'absence du déchet, vraiment considérable, que doit entraîner la fragmentation des crayons de nitrate d'argent.

J'ait été tant de fois témoin du gaspillage, et du gaspillage bien involontaire des crayons argentiques dans les hôpitaux, que j'ose affirmer que tout moyen ayant pour effet de prévenir ou de diminuer cette dé-

perdition, peut rendre service sous le rapport de l'économie. En effet, si l'on considère que chaque élève, chaque médecin ou chirurgien des hôpitaux porte dans sa trousse un crayon d'azotate d'argent, on voit que la déperdition de fragments même petits, mais sur une si grande échelle, doit représenter annuellement un déchet énorme pour les hôpitaux, déchet que serait loin d'égaler le surcroît de dépenses que pourrait entraîner la préparation des cylindres d'azotate d'argent avec axe de platine. Je suis également convaincu que nos habiles pharmaciens et chimistes ne se mettraient pas en grand effort d'esprit pour trouver une substance, peut-être dix substances qui, d'un prix beaucoup moins élevé que celui du platine, atteindraient le même but, et l'atteindraient mieux encore, si elles présentaient moins de rigidité.

Je terminerai cette note par les conclusions suivantes qui résument le sens dans lequel elle est rédigée :

1° Certaines pertes utérines dont la cause n'est pas bien déterminée, paraissent dépendre d'une modification organique, inhérente à la muqueuse utérine.

2° L'existence de granulations particulières, comme pouvant expliquer ces pertes et les troubles concomitants dans la santé de la femme, est une chose supposée, non démontrée.

3° Quel que soit l'élément anatomico-pathologique correspondant à cette maladie, certaines médications locales énergiques sur la face interne de l'ntérus peuvent guérir la maladie.

4° Le grattage de la muqueuse utérine n'est pas nécessaire quand on le remplace par une cautérisation bien faite et suffisamment profonde.

5° La seule cautérisation à proposer, comme pouvant se faire jusqu'au fond de la cavité utérine, est celle qui résulte de l'action d'un cylindre d'azotate d'argent.

6° Jusqu'ici l'introduction de ces cylindres à une profondeur suffisante a été impraticable à raison de l'excessive fragilité de ces cylindres dès qu'ils ont un peu de longueur.

7° Les justes appréhensions qui s'attachent à l'emploi d'un caustique friable dans les parties profondes des cavités muqueuses, font obstacle à ce que la cautérisation soit portée aussi loin et aussi énergiquement qu'on pourrait le désirer.

8° Le porte-caustique à cuvette, ainsi que les pinces à trois branches rendent les cautérisations extrêmement imparfaites, quand on les compare à celles qui peuvent résulter de l'introduction directe du crayon dans la cavité utérine.

9° Une tige centrale en platine permet de donner au crayon d'azotate d'argent une consistance qui permet de le porter à une grande pro-

fondeur dans les cavités muqueuses, sans redouter les fâcheux accidents d'une fragmentation du cylindre.

10° Une grande économie dans la consommation des crayons de nitrate d'argent peut être réalisée par la présence d'une tige résistante dans leur axe. CHASSAIGNAC.

REVUE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT DES FRACTURES. — MÉTHODE DE LA SUSPENSION OU HYPONARTHÉCIE.

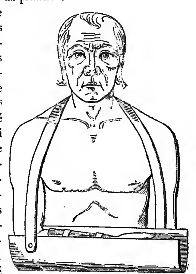
(Quatrième et dernier article (1).)

Si l'on se rappelle les distinctions principales exposées au début de cette revue thérapeutique, on doit s'attendre à nous voir signaler en ce moment la quatrième méthode pour le traitement des fractures, que l'on a nommée hyponarthécie ou méthode de la suspension. Quoique les trois précédentes manières d'obtenir la consolidation des brisures osseuses comprennent le plus grand nombre des cas traumatiques, cependant il en est qui demandent un autre mode curatif. Toutes les personnes dont le squelette a souffert une division violente ne conservent pas un repos continu pendant toute la durée de la cicatrisation. Certaines sont agitées de spasmes généraux ou habituels, ou déterminés par la lésion violente qui réclame les appareils à fractures; d'autres sont en proie à un tremblement involontaire provenant des excès alcooliques ou des progrès de l'âge ; il n'est pas rare de rencontrer des fractures chez les sujets atteints d'aliénation mentale qui les met dans une agitation fréquente ou presque continue. A part cette catégorie de personnes dont l'état maladif ne leur laisse pas une tranquillité suffisante, il en est une autre non moins digne de l'intérêt du médecin. C'est celle des individus obligés par l'exigence de leur profession, de leur peu de fortune, de continuer leurs occupations ordinaires et de soumettre leur membre brisé à des mouvements fréquents, quoique peu violents. Déjà nous avons signalé de pareilles positions à propos des indications de la méthode de l'immobilité continue et relative; les mêmes cas peuvent composer la méthode dont nous parlons actuellement, par l'effet de circonstances particulières et dont le médecin est le seul appréciateur. En outre, tout chirurgien de la marine sait qu'à bord des vaisseaux les malades sont inévitablement soumis au roulis et au tangage. Quelle que soit la place occupée par les blessés dans les chambres ou au fond de la cale, ils subissent nécessairement des secousses très-capables de contrarier l'action des appareils ordinaires pour contenir les os divisés.

En présence de semblables circonstances, il faut décentraliser l'in-

(1) Voir tome XXXIV, pages 130, 333, 524.

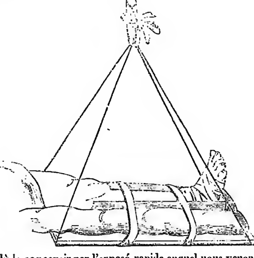
fluence des spasmes, des agitations, des mouvements sur les fragments mis en rapport. Il faut que les secousses de tout le corps ou du membre blessé restent indifférentes, en quelque sorte, pour la brisure osseuse. Dans ce but, il convient d'isoler, si je puis dire, le membre fracturé du corps lui-même; on y parvient à la faveur de la *méthode de la suspension* ou hyponarthécie, proposée par Sauter, popularisée par Mathias Mayor, et plusieurs autres praticiens d'un grand savoir. Cette manière de traiter les fractures des membres trouve son application surtout parmi les hommes de cabinet, de bureau, les graveurs, les dessinateurs, les marins, etc. Ce mode de thérapeutique chirurgicale est encore favorable aux brisures compliquées de plaies et d'autres lésions qui demandent l'inspection journalière du lieu blessé; lorsque des topiques divers doivent être placés fréquemment; quand la gangrène, des esquilles, des corps étrangers, des ligatures d'artères, des sutures et plusieurs autres conditions insolites rendent nécessaires les soins attentifs et multipliés de la main du praticien.



Ces indications et l'esprit de méthode étant connus, il nous paraît fort secondaire de rechercher les nombreux moyens mis en usage pour en satisfaire l'application. Sauter voulait une planchette suspendue par des cordes; appareil perfectionné par le docteur Fourcade et qui nous paraît le plus simple et le plus facile à se procurer. Mathias Mayor modifie la planchette de l'inventeur de l'hyponarthécie en fabriquant des espèces de plans solides et brisés d'abord, et ensuite des gouttières en cuir ou en fil de fer. Ces derniers moyens ont été préconisés par M. le docteur Bonnet, de Lyon, qui me semble les avoir à peu près abandonnés de nos jours, et sans trop de désavantage. Toutefois la planchette de M. Sauter nous paraît plus convenable au membre abdominal, et la gouttière de Mayor à l'extrémité thoracique.

En résumé, le traitement des fractures des membres doit être dirigé surtout d'après le mode général réclamé par le cas actuel; l'indication

ou la méthode thérapeutique est bien plus importante que les moyens à l'aide desquels on doit la remplir. Il faut s'attacher davantage à la manière générale d'arriver au but désiré qu'aux procédés les plus vantés, parce que chaque cas en exige la modification. Tantôt les fragments tendent à rester spontanément en contact, sans être tiraillés en des sens vicieux pas les muscles environnants. Il suffit alors de laisser en quelque sorte les parties livrées à elles-mêmes, en maintenant par un simple appareil leur disposition favorable : telle est l'idée de la *contention simple*, méthode la plus généralement employée et satisfaite à l'aide des bandages les plus vulgaires. Tantôt, au contraire, les fragments de l'os brisé s'éloignent l'un de l'autre d'une manière opiniâtre, et il faut les maintenir forcément en rapport et s'opposer à l'influence vicieuse des muscles. Il convient en ces cas d'exercer sur les bouts osseux des tractions pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation : c'est le but de la méthode des *tractions continues*. En bien des circonstances il est fort utile de ne pas laisser les malades au lit, et de leur procurer même de l'exercice ; il faut immobiliser le membre brisé, de façon qu'il puisse servir à peu près comme s'il était sain : la méthode de l'*immobilité permanente et relative* remplit cette fin importante. Enfin, quand l'individu ou le membre blessé sont soumis à des secousses, à des agitations variées, il est nécessaire d'isoler en quelque sorte l'extrémité lésée du reste du corps, à la faveur de la *méthode de la suspension* ou hyponarthécie, qui convient aussi aux fractures compliquées de plaies, etc.



On a dû le concevoir par l'exposé rapide auquel nous venons de nous

livrer ; le traitement des fractures nous paraît actuellement beaucoup trop routinier et pas assez réfléchi. On s'enquiert bien plus des appareils les plus vantés que des indications majeures à remplir ou des méthodes thérapeutiques. Nous en sommes persuadé, le traitement des brisures du squelette sera moins agité, moins incertain, du moment que les médecins s'attacheront à l'idée générale du traitement réclamé suivant les cas, et se persuaderont de la facilité de les remplir avec les moyens que les circonstances leur permet de se procurer. Si la science était mieux entendue, nous verrions disparaître ces appareils, ces bandages sans cesse renouvelés qui jettent du trouble et de l'incertitude dans la pratique, et encombrent l'arsenal chirurgical, les ouvrages et les cours de chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des fractures et des luxations, par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc.; tome Ier, comprenant toute l'histoire des fractures, avec un atlas de 16 planches. Chez J.-B. Baillière.

La revue thérapeutique à laquelle nous venons de nous livrer nous amène à rendre compte à nos lecteurs de l'un des ouvrages les plus remarquables mis en circulation en ces derniers temps : le *Traité des fractures*. Ce livre, riche surtout de faits intéressants, vient d'abord à l'appui des réflexions pratiques qui ont servi de bases à notre appréciation générale du traitement des fractures. Son habile auteur s'occupe d'abord des causes, des variétés, des signes, de la marche et de la terminaison des brisures du squelette ; il en expose ensuite le diagnostic et le pronostic. Enfin, parvenu à leur traitement, il signale les premiers soins à donner aux blessés, la position favorable aux membres, la réduction, l'époque où il faut tenter celle-ci ; mais ensuite il oublie ou méconnaît les méthodes thérapeutiques pour décrire les appareils ordinaires, inamovibles, en plâtre, cuirasses, hyponarthéciques, à extension permanente. Sans doute, dans l'appréciation de la valeur de ces divers genres de moyens, l'écrivain fait sentir leur utilité pratique, mais il n'élève pas l'esprit des praticiens dans ces régions du jugement et de la pensée, qui dirigent les médecins dans l'exercice de cette chirurgie réfléchie devant laquelle les détails sont conçus aisément et n'absorbent pas l'intelligence et le but de l'art. Après ce que nous avons établi précédemment, il nous est permis de ne pas nous étendre davantage sur une si importante question.

L'ouvrage de M. Malgaigne se distingue surtout par le nombre et

l'intérêt des faits choisis et rapportés ; par le parallèle minutieux des cas nombreux dont les annales de la science conservent le souvenir. Afin de retirer des avantages signalés des richesses qu'il a péniblement amassées, l'auteur invoque à tout instant l'appui de la statistique encore plus que le raisonnement, dont il semble se méfier, à l'exemple de plusieurs numéristes de nos jours et des méthodistes de l'antiquité. Malgré l'utilité restreinte que peut avoir la méthode numérique, appliquée à l'étude des lésions mécaniques ; malgré les prétentions dont les chiffres semblent en possession, nous ne craignons pas d'avouer que les efforts de notre infatigable confrère ne nous paraissent pas avoir répondu à ses espérances. Nous devons en rejeter la faute moins à l'auteur qu'au procédé logique lui-même. Il nous serait facile d'appuyer cette critique de beaucoup d'exemples pareils au suivant : sur 150 cas de fausses articulations, Noris en compte, pour l'humérus, 48 ; le fémur, 48 ; la jambe 33 ; l'avant-bras, 19 ; la mâchoire, 2. Vous croiriez, d'après ce tableau péniblement institué, que le médecin obtient un enseignement de quelque solidité ? Pas du tout ; car M. Malgaigne, sur onze faits observés, en a noté 4 pour le bras, 2 à l'avant-bras, 1 au fémur, 1 à la jambe, 2 à la clavicule. Vous voyez, selon l'aveu de l'auteur, que cette statistique offre plus de variété que la précédente. Vous direz, sans doute, que les nombres comparés sont bien différents. D'accord ; mais alors les résultats scientifiques ou pratiques de votre statistique changeront donc avec la somme des faits amassés, les hommes qui les auront colligés, les lieux, les sujets, etc. ? Et vous qui prétendez donner à la science une certitude arithmétique, vous voilà réduit aux probabilités dont le jugement conçoit et apprécie la valeur avec ou malgré vos chiffres.

Mais n'insistons pas davantage sur une question qui nous entraînerait au delà des bornes d'une simple analyse, et nous ferait rentrer dans la discussion de la méthode numérique elle-même. Partisan de cette méthode, l'auteur a dû en consigner, dans son remarquable ouvrage, les bons comme les mauvais résultats. Il faut savoir gré à l'auteur du *Traité des fractures* d'avoir insisté sur l'inutilité et les dangers d'appliquer les appareils au moment de l'accident ou peu de temps après ; nous aurions désiré lui voir traiter cette question avec plus d'attention encore, et chercher à convaincre la masse des praticiens incertains, par l'étude de la formation du cal suivant les âges, afin de montrer qu'il convient de se décider à l'emploi des bandages définitifs à l'époque seulement où se forme la cicatrice ; qu'ainsi c'est vers le cinquième jour chez les enfants, le douzième chez l'adulte, le dix-huitième chez le vieillard, etc., que l'on peut se contenter de soumettre le membre

blessé aux moyens de contention prolongée. On ne sera pas moins de l'avis de M. Malgaigne, quant à l'époque où il faut visiter et enlever les appareils, et touchant presque toutes les questions importantes qu'il expose.

Abordant l'examen des fractures en particulier, l'auteur fait connaître l'état actuel de la science et la plupart des richesses qu'elle possède. En général, ses vues thérapeutiques sont sages, parfois hardies, et à vérifier au lit des malades. Nous avouons franchement que tout ce qu'il expose, à propos des sutures des os, et de l'emploi de son appareil à griffes ou à vis, nous paraît fort contestable. Malgré les faits qu'il a publiés dans son ouvrage ou dans la Revue chirurgicale, nous ne partageons pas son scepticisme quant à la guérison régulière des fractures de la jambe, et nous doutons fort que les blessés se soumettent à ses griffes pour une cassure de la rotule. La demi-flexion est avantageuse pour les fractures de l'avant-bras. M. Malgaigne nous paraît avoir exagéré les objections faites par A. Paré contre la pronation donnée à cette partie du membre thoracique dans le traitement de ces fractures. Si la pronation tend, en effet, à déplacer le fragment palmaire du radius, cela a lieu quand la rotation de la main en dedans est considérable. Mais, dans la position donnée au membre suspendu par une écharpe, la pronation est beaucoup plus faible qu'il ne le paraît, car le rapprochement du membre contre le thorax, et l'application de la main contre l'épigastre, s'opèrent à la faveur du bras lui-même, roulant dans la cavité glénoïde du scapulum. La flexion et la supination, si favorables à la contention permanente des fragments, sont donc à peu près complétement conservées par cette position commode donnée au membre supérieur.

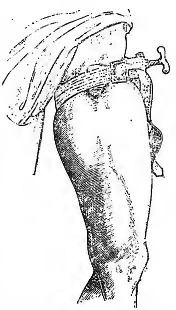
L'examen attentif de l'ouvrage considérable dont nous parlons nous fournirait encore bien des réflexions critiques, qui d'ailleurs ne diminueraient point la valeur réelle de ce remarquable répertoire sur les fractures. Il est digne de la réputation de l'auteur et de l'attention des hommes de l'art.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Attaques épileptiformes.—Bons effets de la ligature des membres. — Il est des moyens en thérapeutique qu'il importe de rappeler de temps en temps à l'esprit des praticiens ; non que leur puissance et leur efficacité puisse être mise en doute, non qu'ils n'aient encore reçu la consécration du temps et de l'expérience ; mais parce que, ne pouvant être rattachés à aucune idée théorique, la mémoire seule en reste char-

gée, et peut faire défaut lorsque l'occasion se présente de les appliquer avec avantage. De ce nombre, se trouve la ligature des membres dans les cas de névroses et de névralgies, celles surtout qui affectent le type intermittent. Pour ne pouvoir être expliqué, le résultat n'en est pas moins positif, témoin le fait suivant, que nous venons d'observer dans le service de M. Sandras.

Pauline Génin, conturière, âgée de trente ans, entre à l'hôpital Beaujon pour des douleurs névralgiques affectant le côté droit de la tête. Ces douleurs sont très-intenses ; elles affectent un type intermittent quotidien, mais irrégulier. On administre un julep contenant dix centigrammes d'acétate de morphine sans obtenir d'amélioration ; le julep est continué plusieurs jours de suite. Enfin, arrive la saturation ; la malade est prise d'anorexie, de vertiges, de nausées, de vomissements. La morphine est supprimée, et les douleurs névralgiques, qui avaient résisté jusque-là, cèdent complétement pour ne plus reparaître. C'est un fait dont M. Sandras a été témoin si souvent, que la résistance que certaines névralgies offrent à l'action du médicament employé, qu'il abandonne la substance alors seulement qu'il en a obtenu les marques évidentes d'une saturation, vertiges, envies de vomir, etc., et cela avec un succès marqué.



Mais revenons au sujet de cette note. Cette femme était d'un caractère bizarre et approchant de la folie. Pendant son séjour à l'hôpital, elle est prise d'attaques épileptiformes, avec écume à la bouche, contorsion de la face, etc. Ces attaques se reproduisent plusieurs jours de suite et plusieurs fois par jour. Elles sont précédées de sensation particulière dans la jambe et le pied gauche (*aura*). Dans l'intervalle des attaques, ce membre est agité d'un mouvement saccadé, comme un tic; cette secousse continuelle et toujours la même était intolérable à la malade. Un jour, au sortir d'une visite à laquelle j'assistais, on vint nous avertir que l'attaque était sur le point d'avoir lieu ; M. Sandras fit placer un lien circulaire autour de la cuisse, avec un tampon au niveau de

l'artère crurale. L'attaque ne se produisit pas ; on continua pendant quelques jours la ligature du membre dans les mêmes circonstances et avec le même succès. Enfin, on cessa l'emploi de tout moyen, attendu que le tic de la jambe disparut, ainsi que tous les autres symptômes qui eussent pu faire craindre le retour des accès.

Sur ces entrefaites, la malade eut une varicelle, et, si nous n'avions enregistré plusieurs exemples de l'efficacité de ce moyen dans de semblables circonstances (tome III, p. 58), nous n'oserions pas affirmer que la maladie secondaire n'a pas contribué à amener la guérison définitive. Du reste, on le sait, Van Swieten, dans ses savants commentaires sur les Aphorismes de Boerhaave, mentionne cette ligature dans le traitement de l'épilepsie, et Galien signale les bons effets qu'il en a obtenus chez un enfant atteint de cette maladie.

La ligature du membre à l'aide d'un bandage analogue à celui que l'on emploie dans la saignée, même avec la précaution de ne pas trop le serrer, suffit, en général, pour prévenir le retour de ces accès.

Gastralgie chronique guérie sous l'influence d'un érysipèle de la face. — Nous sommes loin de contester la diversion favorable qu'amène généralement l'intervention des maladies cutanées fébriles dans la plupart des névralgies ; en voici un exemple remarquable. La femme d'un tapissier, madame Jourdan, était affectée depuis longues années d'une gastralgie très-intense, qui avait résisté aux médications les plus diverses. Lorsqu'elle vint me consulter, la continuité de ses souffrances avait rendu son caractère irascible, morose ; sa maigreur était extrême, enfin elle était incapable d'aucun travail. Depuis deux jours, elle était soumise à un traitement par l'extrait de noix vomique, lorsqu'un érysipèle se manifesta à la face, puis envahit le cuir chevelu, pour gagner la partie postérieure du cou et s'éteindre sur la région dorsale. Des onctions d'axonge et quelques verres d'eau de Sedlitz firent les frais de la médication ; mais quel ne fut pas l'étonnement de la malade, lorsque la convalescence fut établie, de pouvoir manger de tout sans éprouver les horribles douleurs gastralgiques dont elle souffrait auparavant. Voici deux ans que cette femme est guérie de son érysipèle, et depuis, aucune douleur ne s'est manifestée ; elle est devenue aussi [illegible]sant qu'elle était maigre auparavant.

De la dilatation de l'urètre dans les cas de calculs vésicaux chez les femmes. — L'on sait que les opérations de taille urétrale chez les femmes sont presque toujours suivies de l'incontinence d'urine. Pour parer à ce grave inconvénient, A. Cooper avait tenté la dilatation de

l'urètre, et au moyen de ce traitement le célèbre chirurgien anglais est parvenu plusieurs fois à retirer des calculs assez volumineux, puisque l'un d'entre eux n'avait pas moins d'un pouce de diamètre. Malgré ces tentatives heureuses, cette méthode de traitement est complétement tombée en désuétude. A propos d'un cas de lithotritie communiqué à la Société de chirurgie par M. Chassaignac, M. Nélaton a rappelé l'attention des chirurgiens sur le procédé d'Astley Cooper.

Un fait dont nous venons d'être témoin, dans le service de M. Guersant, vient nous prouver la facilité avec laquelle l'urètre se laisse dilater, même chez les petites filles. Herniez (Agathe), âgée de douze ans et demi, fut lithotritiée quatre fois en 1847; un grand nombre de fragments de calculs furent expulsés sans accidents, mais les urines laissèrent toujours déposer au fond du vase un sédiment blanc. De nouveaux accidents se manifestèrent cette année, et la jeune Agathe fut amenée à l'hôpital des Enfants. Nous avons assisté à l'opération de lithotritie que lui fit subir M. Guersant, après avoir soumis la petite malade aux inhalations du chloroforme. Le calcul saisi une première fois donne 28 millim. d'écartement, et se laisse diviser facilement; on saisit ensuite beaucoup de fragments qui sont broyés successivement. La séance dure cinq minutes, aucun accident ne se manifeste. Dans la journée, cette petite fille rend spontanément un calcul du volume d'un œuf d'oiseau, mesurant 12 millimètres, puis, les jours suivants, d'autres fragments plus petits. Huit jours après, M. Guersant procède à un nouvel examen sans rencontrer de traces de calcul; une troisième séance d'exploration reste également sans donner de résultats; il prescrit alors un mélange de térébenthine et de miel pour combattre la cystite, et renvoie un mois après l'enfant complétement guérie.

En nous rendant compte de ce fait, M. Guersant nous disait que depuis huit ans qu'il est placé à la tête de ce service, c'est seulement le troisième cas de calculs qu'il observe chez une petite fille, tandis qu'il en a eu plus de cent à traiter chez les garçons. Cette différence si tranchée ne tiendrait-elle pas à la dilatabilité si facile et au peu de longueur du canal de l'urètre, qui permettrait la sortie des calculs alors que leur volume est petit encore? M. Civiale pas plus que M. Guersant n'admettent cette opinion; cependant nous ne voyons pas entre l'organisation des filles et celle des garçons de cause qui puisse nous permettre de nous mieux rendre compte de cette différence si tranchée. Un fait récent que M. Deguise fils vient de rapporter à la Société de chirurgie nous semble venir à l'appui de cette manière de voir. Notre confrère fut appelé, il y a un mois environ, pour extraire une petite pierre qu'une jeune fille s'était introduite, disait-on, dans le canal de l'urètre.

L'examen que nous avons fait de ce corps nous a prouvé que c'était bien un calcul vésical, qui, par le fait de la dilatabilité de l'urètre, avait cheminé jusqu'au méat urinaire. Des pinces ordinaires ont suffi pour extraire ce calcul. Du reste, nous ne tenons nullement à notre opinion; ce que nous avons voulu seulement, c'est appeler l'attention des chirurgiens sur un procédé qui, dans les cas de calculs d'un volume moyen, peut être couronné de succès.

Orchite (parotidienne ou métastatique) survenue à la suite d'oreillons. Son traitement. — Les exemples de fluxions métastatiques des oreillons sur les testicules ne sont pas rares; cependant, on ne les voit pas assez communément pour qu'on ne doive les signaler quand on en rencontre des exemples. Le nommé L*** (Gustave), cordonnier, âgé de vingt-trois ans, d'une grande taille, et d'une assez forte constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 novembre, et fut placé au n° 36 de la salle Saint-Lazare. On le crut d'abord atteint d'une orchite blennorrhagique. Le lendemain, à la visite, nous trouvâmes le scrotum gauche gonflé, œdémateux, plutôt pâle que rouge, assez peu douloureux pour permettre l'examen du testicule, dont le volume était doublé soit par la tuméfaction de l'épidydime, qui n'était ni dur ni rénitent, mais plutôt infiltré, soit par un peu de sérosité épanchée dans la tunique vaginale. L'organe était peu douloureux spontanément et à la pression. Interrogé sur la cause de sa maladie, Gustave affirma qu'il n'avait point fait de chute ni reçu de coup; en effet, la peau n'offrait point de trace de contusion. Le malade repoussait également la possibilité d'un écoulement blennorrhagique; l'examen du canal de l'urètre et du linge qui le touchait était d'accord avec sa déclaration. L'aspect plutôt œdémateux que véritablement inflammatoire du scrotum et du testicule, rappelant à M. Martin Solon l'aspect œdémateux des régions parotidiennes dans les oreillons, le porta à demander au malade s'il n'avait point eu de gonflement dans ces régions. Celui-ci répondit nettement que sept ou huit jours avant son entrée, il avait eu de la fièvre, qu'ensuite son cou (il nous désignait les régions parotidiennes) et une partie de son visage étaient devenus bouffis; qu'il n'avait rien fait à ce mal; qu'il s'était contenté de garder la chambre, et que, quelques jours après, la bouffissure s'étant dissipée, le testicule était devenu volumineux. Ce commémoratif ne laissait pas de doute sur la nature du mal; l'indication qu'il présentait était facile à remplir. Un état fébrile peu prononcé, et une très-légère disposition saburrale de l'appareil digestif ne pouvaient compliquer le traitement. On enveloppa le testicule d'un cataplasme arrosé d'eau blanche et soutenu par un suspensoir. Le malade resta au lit, but

de la limonade et fit diète. Le lendemain la partie tuméfiée était déjà diminuée de volume. Continuation du pansement; une bouteille d'eau de Sedlitz. Dès le quatrième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le testicule était revenu à son volume normal, l'appétit rétabli, et Gustave sortit parfaitement guéri, le 2 décembre, portant un suspensoir par précaution.

Hamilton a vu des cas d'orchite métastatique sur des sujets âgés de plus de trente ans; mais c'est pendant l'enfance qu'on observe le plus souvent cette variété d'orchite. L'aspect particulier du scrotum et du testicule nous a paru assez caractéristique pour que, si nous l'avons bien décrit, on reconnût aisément cet état morbide dans un cas analogue. On sait, d'ailleurs, qu'habituellement il ne présente guère de gravité.

Rétrécissement traumatique. — Urétrotomie d'arrière en avant. — Nous n'avons pas à revenir sur la valeur de l'incision des rétrécissements d'arrière en avant, elle a été exposée d'une manière complète, dans notre dernière livraison, par M. Civiale. Si nous rapportons un exemple de l'application de ce procédé, dont nous avons été témoin à l'hôpital Necker, dans le service de cet habile chirurgien, c'est qu'il nous permet de compléter une observation intéressante que nous avons publiée alors que le malade était traité à l'hôpital Beaujon. Trop souvent l'on se hâte de consigner dans les journaux les tentatives dont on est témoin dans les divers services des hôpitaux; s'étayant sur des expérimentations incomplètes, les praticiens ne peuvent trouver que des déceptions pour avoir ajouté créance à ces publications hâtives. C'est un écueil que nous nous efforçons d'éviter avec grand soin, et lorsque nous publions une observation avant la guérison complète du malade, c'est que la partie du fait que nous citons met en relief une indication, un procédé particulier ayant sa valeur indépendante du fait complet. C'est en effet ce qui s'est présenté dans ce cas. Le nommé Desruelles, ancien militaire (voir le t. XXXIII, p. 386), présentait une oblitération complète du canal de l'urètre consécutive à une contusion violente du périnée. M. Robert fut assez heureux pour rétablir le canal de l'urètre en perforant le tissu cicatriciel à l'aide d'une sonde à dard qu'il avait fait construire exprès pour ce cas. Le canal rétabli, l'obstacle fut combattu comme un rétrécissement simple. Si la dilatation ne suffit pas, disions-nous, M. Robert se propose d'avoir recours aux incisions intra-urétrales. C'était à l'époque du concours pour la chaire de clinique chirurgicale. M. Robert dut prendre un congé, et le malade ne donnant pas, à tort, sa con-

fiance au jeune chirurgien chargé de remplacer M. Robert, quitta l'hôpital Beaujon et fut se remettre entre les mains de M. Civiale.

Lorsque Desruelles entra à Necker, les fistules, qui un instant s'étaient fermées, suintaient de nouveau, les duretés du périnée avaient reparu. Le premier soin de M. Civiale fut de faire retirer la bougie que le malade portait à demeure et de le faire sonder chaque fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner. Nous avons montré bien des fois les avantages de cette méthode; en sondant le malade plusieurs fois par jour, et retirant chaque fois la sonde, que l'on choisit d'un calibre suffisant, on empêche tout contact avec l'urine, avec les orifices et les trajets fistuleux. On a donc obtenu le seul avantage que présente l'application des sondes à demeure, sans avoir un corps étranger qui, par sa présence permanente, est une cause d'irritation qui tend plutôt à entretenir les fistules. De plus, chaque fois que l'on pratique le cathétérisme, en choisissant convenablement le calibre des sondes, on dilate sans effort le canal dans les points qui sont le siége des rétrécissements. C'est ce qui se montra chez Desruelles: au bout de quelques semaines de l'usage du cathétérisme instantané pour vider la vessie, et des bougies pour dilater la coarctation qui était toujours dure, raide, rétractile, les besoins d'uriner devenaient moins fréquents, et le malade vidait à moitié sa vessie sans le secours de la sonde. Cependant l'urètre sous ' arcade pubienne était toujours dur, résistant, et en avant de la coarctation existait une cavité anormale dans laquelle l'urine séjournait et empêchait le malade de jouir complétement des bénéfices du cathétérisme instantané. M. Civiale crut devoir recourir à l'urétrotomie d'arrière en avant. Une incision de 4 lignes de profondeur et de 15 de long fut pratiquée à la face inférieure du canal, siége de la coarctation; il n'y eut ni douleur, ni écoulement de sang, et une sonde métallique de 4 lignes arriva dans la vessie sans la moindre difficulté. A dater de ce moment aussi le malade urina facilement, les fistules se fermèrent, les callosités périnéales disparurent et la santé générale se rétablit. Le traitement consécutif a été interrompu, une fois par une épididymite, et une autre par une affection intestinale qui dura six semaines. Malgré les interruptions du passage de la bougie, et bien que la guérison ne fût pas encore complète, le mieux local a persisté, et, à l'exception d'un peu plus de douleurs à la reprise des bougies, nous n'avons rien observé d'anormal. Le traitement par la dilatation temporaire a été continué plus de deux mois, et le malade est sorti de l'hôpital Necker dans un état très-satisfaisant; l'urètre a repris son diamètre normal, le jet d'urine sort librement.

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine vient de renouveler son bureau pour 1849. Ont été proclamés président M. Velpeau; vice-président, M. Bricheteau; secrétaire, M. Gibert. MM. Royer-Collard, Chevallier et Mélier ont été désignés comme membres du Conseil d'administration.

Depuis quelques semaines le choléra asiatique règne à Anvers; le nombre des cas jusqu'au 20 décembre est de 57, sur lesquels on compte 32 morts et 25 guérisons. Une lettre que nous recevons de l'honorable M. Lombard, professeur de clinique médicale à Liége, nous apprend que l'épidémie vient d'éclater à Liége; elle s'est manifestée également à Mons et à Valenciennes.

M. Gaultier de Claubry, membre du Conseil de salubrité, vient d'être nommé à la place vacante dans la section de chimie médicale et de pharmacie de l'Académie de médecine.

Le concours pour l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Triboulet, Potain, Axenfeld, Labat, Charcot, Berlié, Corvisart, Vassor, Gaillet, Vivie, Trélat, Liscun, Salneuve, Laville, Londe, Vulpiau, Dubreuil, Perdrigeon, Parmentier, Surmay. — *Internes provisoires :* MM. Lemoine, Bertrand, Mazeret, Dumesnil, Gonet, Butard, Aubé, Billoud, Augé, Maingo, Dufour, Rouget, Moreau (Arm.), Bidron, Archambault, Bécher, Briot, Martin de Gimar, Montail, Roussin.

Le Conseil municipal de la ville de Paris, en arrêtant le budget de 1849, a demandé que les appointements des médecins et des chirurgiens du bureau central soient élevés, de 400 francs, à la somme de 600 francs par an.

M. Samuel Cooper, célèbre chirurgien anglais, connu surtout par son excellent Dictionnaire de chirurgie, vient de mourir à l'âge de soixante-huit ans.

Voici la manière de poser les ventouses en Chine : l'opération consiste à appliquer deux cylindres de bois entre lesquels on brûle un peu de papier. Quand l'appareil est retiré, on a obtenu des auréoles ou ampoules, qu'on pique avec des aiguilles, après quoi l'opérateur suce le sang avec ses lèvres. Cette opération, fort peu agréable, est rétribuée généralement par quelques pièces de monnaie.

M. Parsons (de Bristol) emploie, pour enlever les taches de nitrate d'argent, une solution de sublimé corrosif dans du muriate d'ammoniaque. Le procédé ordinaire, qui consiste dans l'emploi de l'iode ou de l'iodure potassique, suivi de l'immersion dans un soluté d'hyposulfite de soude, nous paraît de beaucoup préférable.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTE-CINQUIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.



FIN DE LA TABLE DU TOME XXXV.